

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS

Section d'ANGERS

Année 1967

N°

1

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Yannick CAILLETEAU

né le 17 Janvier 1933, à SAINT-NAZAIRE (L.-A.)

Présentée et soutenue publiquement le

19

**Résultats de la Chimiothérapie des Schizophrenies
au cours des cinq dernières années
dans un service hospitalier psychiatrique**

Président : Monsieur le Professeur FRESSINAUD-MASDEFIEUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS

Section d'ANGERS

Année 1967

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Yannick CAILLETEAU

né le 17 Janvier 1933, à SAINT-NAZAIRE (L.-A.)

Présentée et soutenue publiquement le

19

**Résultats de la Chimiothérapie des Schizophrenies
au cours des cinq dernières années
dans un service hospitalier psychiatrique**

Président : Monsieur le Professeur FRESSINAUD-MASDEFEIX

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de NANTES-ANGERS

Section d'ANGERS

Directeur Honoraire de l'Ecole Préparatoire : M. METZGER

Professeurs Honoraires de l'Ecole Nationale :

MM. DAVID, ROUSSEAU, SARAZIN, AMSLER

Vice-Doyen : M. R. ROUCHY - Assesseur : M. H. GERMAIN

I - PROFESSEURS

a) Professeurs titulaires :

MM. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie Chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique

b) Professeur titulaire à titre personnel :

M. LE CANNELIER Clinique Obstétricale et Gynécologique

II - MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

MM. AUGEREAU	Pharmacodynamie
BAILLY	Physique
CAVELLAT (Mme)	Anesthésiologie
CARON	Electroradiologie
COULLAUD	Physiologie
DROZ	Histologie et Embryologie
GUNTZ	Anatomie
HOCQUET	Parasitologie
HY	Dermato-Vénéréologie
JOUBAUD	Méd. Gén. et Expérimentale
PILLET	Anatomie
PILLOT	Bactériologie
PRELOT (Mlle)	Zoologie
SIMARD	Anatomie Pathologique
TADEI	Thérapeutique
de VERNEJOUL	Physique Médicale

III - AGRÉGÉS

MM. GODLEWSKI	Neurologie et Psychiâtrie
PARSY	Oto-rhino-laryngologie
RENIER	Médecine Générale
ROGNON	Chirurgie Générale
TESTARD	Pédiâtrie
THUAU	Pathologie Médicale

IV - AGRÉGÉ LIBRE

M. PERTUS	Urologie
-----------------	----------

Secrétaire de la Faculté M. R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université :

Mme GALKOWSKI

A M A F E M M E

A M E S E N F A N T S

A M A F A M I L L E

A M A B E L L E - F A M I L L E

A M O N A M I L e D o c t e u r G A L L A N D

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRESSINAUD-MASDEFEIX

Professeur de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux

En remerciement pour le très grand
honneur qu'il nous fait en acceptant
la Présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de
notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUCHY

Professeur de Clinique Obstétricale
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

en témoignage du respect que
nous lui portons.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES HENRY

Médecin-Chef au Centre Psychothérapique de
SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE
Lauréat de la Faculté de Médecine
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Nancy
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Expert près les Tribunaux

Qui nous a inspiré le sujet
de cette Thèse et nous a gui-
dé dans sa réalisation.
Qu'il trouve ici l'expression
de nos sentiments reconnaissants.

A NOS JUGES

- Monsieur le Professeur DELAITRE
Professeur de Clinique Médicale Infantile
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

- Monsieur le Professeur RENIER
Professeur Agrégé de Médecine générale
Médecin des Hôpitaux

- Monsieur le Professeur THUAU
Professeur Agrégé de Médecine générale
Médecin des Hôpitaux

Ils ont accepté de
juger notre travail.

Qu'ils trouvent ici
l'expression de notre
gratitude.

A N O S M A I T R E S

DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ANGERS

DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE D'ANGERS

DU CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE STE GEMMES SUR LOIRE

En remerciement pour tout ce
qu'ils nous ont appris.

Par délibération en date du 28 Janvier 1966,
la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation, ni improba-
tion.

RÉSULTATS DE LA CHIMIOTHÉRAPIE DES SCHIZOPHRÈNES

AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

DANS UN SERVICE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE

CHAPITRE I

I N T R O D U C T I O N

Le but de notre travail n'est pas de faire l'inventaire de tous les Neuroleptiques qui ont été successivement pronés dans le traitement de la schizophrénie, encore moins de nous livrer à des spéculations systématiquement comparatives sur leurs mérites respectifs.

Nous nous proposons plus modestement, à travers les observations des schizophrènes hospitalisés dans un service de l'Hôpital Psychiatrique Départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire, au cours des cinq dernières années, de faire le bilan de notre activité.

A - Dans ses modalités :

- quels produits ont été employés et suivant quelles posologies ?
- quelles autres méthodes biologiques ont pu être éventuellement envisagées ?

B - Dans ses résultats :

- d'une part sur le plan de la symptomatologie de la la psychose,
- d'autre part sur le plan du devenir socio-familial et professionnel des malades.

La justification et le but de notre entreprise, nous les situons dans l'évolution du mouvement thérapeutique. Ce que nous voudrions faire c'est le bilan d'une étape : "celle des thérapeutiques biologiques" et particulièrement neuroleptiques utilisées seules.

En effet, après la période de la contemplation pessimiste (qui fut celle des grands cliniciens du XIXème siècle), après celle des méthodes de choc ou thérapeutiques agressives (sismothérapie, cure de Sakel, Lobotomie même) aujourd'hui bien dépassées, au moins en tant que traitement majeur, commença, il y a une dizaine d'années avec le Largactil, "l'ère des Neuroleptiques".

Ces corps chimiques nouveaux furent rapidement reconnus comme une arme sinon totalement curative, tout au moins profondément suspensive de la schizophrénie et c'était déjà un important

mérite.

Or, il apparaît aujourd'hui que les Neuroleptiques permettent de dépasser un niveau d'impact purement biologique en rendant possible la mise en œuvre de techniques psychologiques, agissant sur le plan du "relationnel" ; nous voulons parler des thérapeutiques institutionnelles,

Hélas ! ces thérapeutiques d'avenir ne sont pas encore pratique courante et malheureusement le Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, comme beaucoup d'autres Hôpitaux Psychiatriques français, n'est pas du nombre des établissements privilégiés. Tout en le déplorant, nous nous consolerons toutefois en pensant que puisque nous n'avons pas encore pris le "virage thérapeutique" actuel, c'est à nous seuls -Hôpitaux Psychiatriques moyens- qu'il appartient de faire le point sur les apports et les écueils de la chimiothérapie, utilisée seule contre la schizophrénie.

Toutefois, avant d'aborder notre étude, il convient de définir ce que nous entendons par schizophrénie, ce que nous allons faire après un rapide historique de cette notion.

Donc, vers 1860, alors que les aliénistes influencés par les travaux de BAYLE sur la paralysie générale, s'attaquaient au domaine des démences et à la recherche des correlations anatomo-cliniques, MOREL signale un groupe de déments "frappés de stupidité dès leur jeune âge", et qualifia leur état de démence précoce.

Dans les années qui suivirent, KAHLBAUM décrivit la catatonie et HECKER l'hébéphrénie puis KRAEPELIN montra l'existence d'une entité nouvelle à laquelle il donna également le nom de "démence précoce" et dans laquelle il regroupa les tableaux divers que sont l'hébéphrénie, la catatonie, et la démence paranôïde. Ces trois tableaux étaient réunis par un critère commun : l'affaiblissement démentiel survenant chez ces sujets jeunes. Il s'agissait là, d'un affaiblissement progressif et définitif des facultés intellectuelles.

A la lumière d'observations cliniques plus poussées, KRAEPELIN lui-même dû réformer sa conception, les facultés intellectuelles pouvant être moins touchées qu'il l'avait pensé au prime abord et dans ses études ultérieures, il n'envisagea plus la démence précoce comme une entité nosographique, mais comme un syndrome groupant des états de types moins franchement démentiels et auxquels s'ajoutait un symptôme nouveau : l'inaffectivité.

La conception de KRAEPELIN d'abord unanimement acceptée fut progressivement remise en question au fur-et-à-mesure qu'à une étude plus fine ces malades apparurent de moins en moins déments. L'idée qui se fit jour alors fut celle d'une dislocation de la personnalité, CHASLIN parlant de discordance et BLEULER créant le terme de schizophrénie.

Dans son fameux travail publié en 1911, BLEULER rejeta la

notion de démence précoce, c'est à dire d'évolution déficitaire irréversible, et vit dans la schizophrénie une dissociation de la vie mentale à laquelle il apporta une conception strictement caractérisée par un double aspect :

- d'une part une structure négative constituée par des troubles de l'association des idées,

- d'autre part une structure positive libérée par la précédente et constituée par l'apparition d'un délire dont le sens doit être recherché dans les pulsions de l'inconscient. Il faut noter là, l'influence des idées de FREUD et de JUNG alors assistants de BLEULER.

A l'expression hermétique de ce délire et au comportement qui s'y rattachait, l'école de BLEULER donna le nom d'autisme, considéré comme le noyau central d'une schizophrénie envisagée comme une maladie de la personnalité.

Cette révision de l'école de BLEULER eut pour conséquence une extension considérable du concept qui engloba tous les délires chroniques à l'exception du petit contingent des délires paranoïaques très systématisés.

Par la suite apparut la notion de schizoïdie, terme utilisé pour désigner un type de caractère prédisposé à la schizophrénie et c'est à cette époque qu'Eugène MINKOWSKI fit de la "perte de contact vital avec la réalité" le trouble fondamental de la maladie.

En France, la conception Bleulerienne fut accueillie avec réticence par une psychiatrie restée à l'image de DE CLEREMBAULT résolument nosographique et organiciste.

L'Ecole française au cours des années d'après guerre fut illustrée par les célèbres travaux de BARUK sur la catatonie expérimentale et par les conceptions de CLAUDE qui vit dans les descriptions de BLEULER des formes atténuées de la démence précoce de KRAEPELIN, auxquelles s'ajoutèrent des formes encore plus atténuées sous le nom de schizonévroses. GUIRAUD créa le terme d'athymormie pour désigner la perte de l'élan vital des malades, perte qu'il attribua à une perturbation fonctionnelle de l'hypothalamus.

En Allemagne, une école travaillant dans le même esprit fut illustrée par KRETSCHEMER qui s'attacha à décrire les traits caractériels et morphologiques prédisposant à la schizophrénie et constituant le tempérament schizothyme ou leptosome.

Par contre, l'école américaine, détachée par Adolf MEYER des préoccupations nosographiques et influencée par un mouvement sociologique actif, conçut la schizophrénie comme un mode de réaction au milieu.

Cette conception devait aboutir à une extension du domaine de la schizophrénie à tous les états aigus que nous considérerons en France comme relevant du domaine de la pathologie de la con-

science. Psychose maniaco-dépressive, bouffée délirante de MAGNAN, états confuso-oniriques même, furent groupés sous le nom de schizophrénies aiguës.

Beaucoup de psychiatres français sont cependant restés attachés à une conception de la schizophrénie qui lui laisse un sens de structure et d'évolution, c'est pourquoi, avec eux, et pour mieux cadrer notre sujet, nous adopterons la définition proposée par Henri EY au Congrès de ZURICH :

"La schizophrénie est une psychose délirante chronique qui détruit progressivement le système de la réalité et les relations de la personne et de son monde. C'est un délire différent des autres délires chroniques systématisés et fantastiques".

Ceci dit nous rejoignons le Professeur BARUK lorsqu'il s'élève contre la facilité avec laquelle est porté actuellement ce diagnostic et lorsqu'il insiste sur l'évolution paradoxalement réversible de certains cas où le diagnostic semblait solidement étayé.

*
* *

En conclusion de ce rappel historique, nous préciserons encore que nous avons éliminé de notre travail tous les états pouvant faire soupçonner un mode d'entrée aiguë dans la schizophrénie :

- Etats dépressifs atypiques.
- Etats d'excitation psycho-motrice atypiques.
- Psychoses délirantes aiguës.

pour ne retenir que les observations où sont retrouvés les symptômes qui permettent à la plupart des cliniciens de s'entendre sur le diagnostic de schizophrénie, à savoir :

- l'autisme,
- l'ambivalence idéo affective,
- le délire paranoïde,
- les troubles du cours de la pensée,
- la catatonie.

*
* *

Rappelons que notre travail comportera deux grandes parties :

- LES MÉDICAMENTS EMPLOYÉS ET LES MODALITÉS D'UTILISATION.
- L'ÉTUDE DE NOS MALADES ET DES RÉSULTATS.

CHAPITRE II

LES TRAITEMENTS

En abordant ce chapitre, nous rappelons que notre étude porte sur les traitements effectués au cours des cinq dernières années ; si donc certains malades, à l'évolution psychotique ancienne ont pu bénéficier de thérapeutiques biologiques diverses avant 1960, depuis cette date, en dehors d'une cure sismothérapique, nous ne relevons aucune thérapeutique biologique classique (cure de Sakel, Choc chimique ou électrique) chez nos malades.

Depuis 1960, ce sont donc presque exclusivement les traitements par neuroleptiques qui ont été utilisés dans le service.

I - LES NEUROLEPTIQUES

Généralités

La notion de neuroleptique est née de l'apparition du LARGACTIL en 1952, dans l'arsenal thérapeutique. DELAY et DENIKER donnent de cette nouvelle catégorie de médicaments une définition basée sur un certain nombre de caractéristiques cliniques et pharmacologiques. Ces caractéristiques sont au nombre de cinq :

- 1°) Création d'un état d'indifférence psychomotrice sans action narcotique vraie.
- 2°) Efficacité vis à vis des états d'agitation et d'excitation psychotiques.
- 3°) Capacité de réduction des psychoses aiguës et chroniques.
- 4°) Production de syndromes extra-pyramidaux et végétatifs.
- 5°) Mécanisme d'action portant principalement sur la substance réticulée et les centres hypothalamiques.

L'apparition d'un nombre de plus en plus grand de ces produits a permis de constater certaines préférences dans leurs effets thérapeutiques, comme dans leurs effets secondaires. Il importait donc, pour en dégager de façon plus précise les indications, de les classer. C'est à LAMBERT et à REVOL que revient le mérite d'avoir établi une classification désormais classique en neuroleptiques sédatifs, (type levomépromazine) et neuroleptiques incisifs (type thiopropérazine).

Les premiers sont encore dits "de gauche", les seconds "de droite" et ce, en raison de leur position par rapport au LARGACTIL pris comme neuroleptique de référence sur le tableau de LAMBERT et REVOL.

Pour plus de clarté, nous nous permettrons d'en donner, ci-contre, une reproduction. (v. tableau page suivante).

Du point de vue pharmacologique les premiers ont une action surtout sédative, anxiolytique et une faible action anti-émétique ; les seconds une action surtout cataleptisante et une action anti-émétique intense.

Du point de vue des indications thérapeutiques, les neuroleptiques sédatifs sont indiqués surtout dans le traitement de l'anxiété, les neuroleptiques incisifs dans les syndromes maniaques et les psychoses hallucinatoires.

Caractères chimiques

Les Neuroleptiques font partie de trois grandes familles chimiques :

1°) Les Phénothiazines et apparentés

Ces phénothiazines peuvent être sédatives, elles présentent alors une chaîne aliphatique latérale ramifiée sur le noyau phénothiazinique.

Elles peuvent être incisives avec alors une chaîne latérale à noyau pipérazinique terminal.

2°) Les Butyrophénones

Elles entrent également dans la classe des Neuroleptiques incisifs.

3°) La Résérpine et ses dérivés

D'action plutôt incisive. Notons ici que nous n'avons pas fait usage de la Résérpine dans le traitement de nos malades.

II - LES NEUROLEPTIQUES QUE NOUS AVONS UTILISÉS

Nous présenterons maintenant de façon plus détaillée les neuroleptiques que nous avons employés et ce, en nous référant à la classification de LAMBERT :

a) Les Neuroleptiques sédatifs :

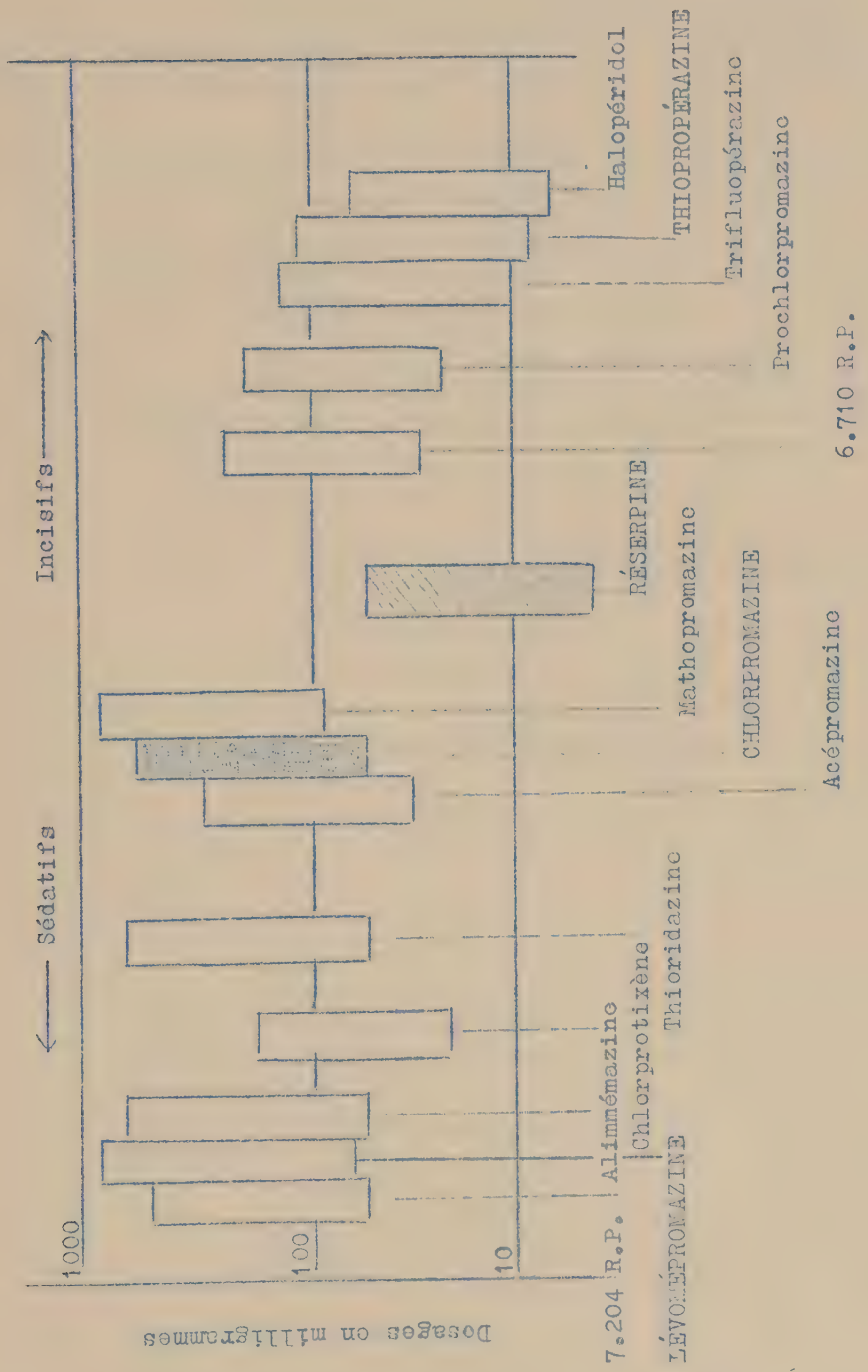
Parmi ceux-ci nous n'en avons utilisé que deux :

- La Levomépromazine ou NOZINAN.
- La Thioridazine ou MELLERIL.

1°) La Levomépromazine ou NOZINAN

C'est une phénothiazine à chaîne aliphatique latérale ramifiée.

Il s'agit de la METHOXY-METHYL-DIMÉTHYLAMINE-PROPYL-PHÉNO-THIAZINE-LÉVOGYRE.



CLASSIFICATION PSYCHO-PHARMACOLOGIQUE & CLINIQUE DES PRINCIPAUX NEUROLEPTIQUES

Nous l'avons utilisée chez 32 de nos malades, dans quelques cas assez rares à titre de thérapeutique exclusive, la plupart du temps en association avec d'autres neuroleptiques et plus spécialement avec les dérivés de droite.

Souvent nous ne l'avons employée que dans les premiers jours de l'hospitalisation, pour calmer l'agitation ou l'anxiété et préparer ainsi le terrain aux autres médications.

C'est surtout per-os que nous l'avons utilisée le plus fréquemment sous forme de gouttes et ce, à des doses atteignant 100 à 150 mg. rarement plus.

Dans quelques cas d'agitation nous avons utilisé la voie parentérale à raison de une ou deux injections intra-musculaires de 25 mg. de ce produit par jour.

Nous n'avons pas noté d'intolérance et en dehors de quelques somnolences diurnes et hypotension, facilement corrigées, de quelques cas de constipation, pas de troubles secondaires importants.

2°) La Thioridazine ou MELLÉRIL

Phénothiazine à chaîne latérale, à noyau pipérazinique terminal. C'est la METHYL-THYO-METHYL-PIPERIDYL-ÉTHYL-PHÉNOTHIAZINE.

Elle est utilisée dans 23 cas.

Notons qu'elle ne le fût jamais comme thérapeutique unique mais toujours en association avec un neuroleptique incisif, le plus souvent la FLUPHÉNAZINE.

La posologie fut toujours progressivement croissante et ce, parallèlement aux doses de FLUPHÉNAZINE prescrites en commençant, en général, par LXXV gouttes ou C. gouttes pour atteindre des maxima variables selon les cas, mais compris entre CCC et D. gouttes, soit 400 et 650 mg.

Nous n'avons pas noté d'effets secondaires et au contraire nous avons eu l'impression que cette association avec le MODITEN était un facteur de meilleure tolérance de la FLUPHÉNAZINE. Notamment lors de la diminution du traitement, il nous a semblé qu'une baisse plus lente du MELLÉRIL évitait ou tout au moins atténuait les troubles parfois importants apparaissant lors de cette décroissance.

b) Le Largactil ou Chlorpromazine :

Neuroleptique phénothiazinique à chaîne aliphatique simple c'est la CHLORO-DIMÉTHYLAMINO-PROPYL-PHÉNOTHIAZINE.

Nous l'avons utilisé chez une vingtaine de nos malades, parfois seul, le plus souvent comme thérapeutique d'association à d'autres neuroleptiques et notamment lorsque nous nous trouvions en présence d'état d'agitation.

Il fut utilisé tant par voie parentérale que sous forme de gouttes buvables, les doses per-os étant comprises entre 50 et

300 mg. par jour en 3 prises. La voie intra-musculaire a été surtout employée en traitement d'attaque dans les premiers jours du traitement.

En dehors de quelques hypotensions orthostatiques facilement corrigées par adjonction au traitement de NÉOSYNÉPHRINE et d'HEPTAMYL, nous n'avons pas noté de troubles secondaires importants.

c) Les Neuroleptiques incisifs :

Parmi ceux-ci notre gamme d'utilisation fut plus étendue

Nous avons en effet utilisé :

4 Phénothiazines.

- La Prochlorpémazine ou TÉMENTIL
- La Thiopropérazine ou MAJEPTIL
- La Trifluopérazine ou TERFLUZINE
- La Fluphénazine ou MODITEN.

et 1 Butyrophénone:

- L'HALOPÉRIDOL.

1°) La Prochlorpémazine ou TÉMENTIL

Phénothiazine à chaîne latérale à noyau piperazinique terminal, c'est la CHLORO-MÉTHYL-PIPÉRAZINYL-PROPYL-PHÉNOTHIAZINE.

Nous l'avons utilisée dans 24 cas différents, le plus souvent en association avec la thiopropérazine.

La posologie fut chaque fois progressivement croissante, en commençant par XV à XX gouttes à 4 % soit 15 à 20 mg. par jour, en plusieurs prises pour atteindre un maximum atteignant,, dans la plupart des cas 75 mg. et dans quelques cas 100 et même 120 mg. par jour.

On a noté une tolérance généralement bonne avec tout de même, quelquefois, apparition de quelques troubles de type parkinsonien et dans quelques cas des manifestations hyperkinétiques avec crises oculogyres. Ces crises cédèrent rapidement à l'injection intra-musculaire d'une ampoule de Dominal Fort et l'adjonction au traitement, d'antiparkinsonniens type Artane ou Akinophyl, à chaque fois fait disparaître tremblement et hypertonie.

2°) La Thiopropérazine ou MAJEPTIL

C'est la DIMÉTHYL-SULFAMYOL-MÉTHYL-PIPÉRAZINYL-PROPYL-PHÉNOTHIAZINE ; Phénothiazine comportant, comme la précédente une chaîne latérale à noyau piperazinique terminal.

Nous l'avons utilisée toujours en association avec un autre neuroleptique, tantôt neuroleptique sédatif, tel NOZINAN ou LARGACTIL, tantôt et le plus souvent, avec le TÉMENTIL.

Les posologies progressivement croissantes atteignent, en général, LXX gouttes (75 mg.) en commençant par des prises minimales de X gouttes par jour.

Les effets secondaires observés furent les mêmes que ceux, cités plus haut, rencontrés avec le TÉMENTIL, facilement combattus et évités par addition au traitement d'antiparkinsonniens.

3°) La Trifluopérazine ou TERFLUZINE

Il s'agit là encore d'une phénothiazine dont la chaîne latérale est porteuse d'un noyau pipérazinique terminal.

C'est la 2-TRIFLUOROMÉTHYL-10-(3'-(1-MÉTHYL-4-PIPERAZINYL)PROPYL) PHÉNOTHIAZINE.

Ce produit n'a été utilisé que chez neuf de nos schizophrènes, à des doses variant entre 20 et 30 mg. par jour.

La tolérance du produit à ces doses est bonne. A signaler, toutefois, dans certains cas, l'apparition d'un léger tremblement des extrémités et d'une certaine impatience motrice, mais ces troubles sont demeurés discrets.

4°) La Fluphénazine ou MODITEN

Phénothiazine à chaîne latérale aliphatique ayant un noyau pipérazinique médian, c'est la TRIFLUORO-HYDROXYÉTHYL-PIPERAZINYL-PROPYL-PHÉNOTHIAZINE.

Nous l'avons utilisée seulement depuis 1964 et notre expérience porte sur 22 malades.

La posologie initiale fut de 75 mg. par jour répartie en 3 prises et augmentée tous les deux jours de 25 à 50 mg. La dose suffisante a été en général de 300 à 400 mg. pro-die. Dans quelques cas toutefois, cette posologie a été largement dépassée puisque nous avons atteint 600 et même 700 mg. (Obs. N° 10).

La tolérance parfaite a permis ces traitements élevés. Quelques troubles secondaires, faits de tremblements des extrémités, hypertonie, sialorrhée et quelques crises oculogyres, ont été notés et paradoxalement surtout aux doses minimales. Ces incidents se sont produits le plus souvent lors de la diminution du traitement et en général au dessous de 75 à 50 mg. Ils furent chaque fois de courte durée, ces manifestations cédant rapidement à une nouvelle augmentation des doses ou à l'adjonction d'antiparkinsonniens.

Notons que l'association avec la thioridazine semble augmenter la tolérance et éviter, ou tout au moins réduire, ces effets secondaires. Ce fut une des raisons de la fréquence des prescriptions simultanées de ces deux médicaments chez nos malades.

5°) L'Halopéridol

C'est la seule Butyrophénone que nous ayons véritablement utilisée jusqu'en 1966.

Il s'agit de la FLUORO-HYDROXY-PHÉNYPIPÉRIDINE-BUTYROPHÉ-
NONE.

Six de nos schizophrènes, seulement, ont bénéficié de cette thérapeutique et ce fut toujours en association avec d'autres neuroleptiques.

La forme utilisée fut la solution buvable (dosage fort) à raison de C. à CL. gouttes par jour.

Notons que nous avons adjoint chaque fois à nos traitements neuroleptiques des correcteurs :

- Antiparkinsonniens (AKINOPHYL ou ARTANE)
 - Néosynéphrine.
-

CHAPITRE III

OBSERVATION CLINIQUE

Nous abordons ici la partie clinique de notre travail par la présentation de nos malades. Il s'agit là, d'observations et nous exposons dans ce chapitre nos résultats à l'état brut, c'est à dire appréciés, disons "de l'extérieur" tels qu'ils apparaissent au prime abord dans une optique, certes peu nuancée, mais classique et empreinte de bon sens. Nous nous proposons dans le chapitre suivant, une étude plus nuancée de l'aboutissement de nos thérapeutiques.

Nous distinguerons donc trois grandes catégories de malades :

1°) Ceux non sortis ou réintégrés, groupe dans lequel nous incluerons les malades transférés dans d'autres Etablissements Psychiatriques, (24 malades).

2°) Ceux vivant au dehors, mais en état de dépendance, soit en Hospice, soit dans un milieu familial protecteur (20 malades).

3°) Enfin, ceux présentant une apparence de guérison par la reprise d'une activité professionnelle avec indépendance économique et vie affective quasi normale, (8 malades).

Il nous sera d'ailleurs possible, à l'intérieur de chacun de ces groupes, de nuancer nos appréciations de ces résultats apparents et d'en discuter, en première approximation, la valeur.

Avant d'entamer cet exposé clinique, il nous semble bon de situer le cadre géographique de notre travail et de préciser à quel lot de malades nous avons fait appel.

Notre étude se situe dans le cadre du Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes-sur-Loire qui est le principal Etablissement psychiatrique du Département de Maine-et-Loire, situé à quelques kilomètres d'ANGERS; il comprend une population de malades atteignant environ 2.000 sujets, répartis dans cinq services :

- Deux services de Femmes,
- Trois services d'Hommes, l'un d'eux étant de création récente, un autre comprenant un nombre important de quartiers d'Enfants.

Tous nos malades appartiennent au troisième de ces services ; service qui englobe environ 400 malades adultes.

En conséquence, les schizophrènes que nous avons étudiés sont tous des hommes et nous avons choisi de ne faire porter notre travail que sur ceux "manipulés" au cours des cinq dernières années, c'est à dire ceux entrés dans le service de 1961 à 1965 inclus, mais aussi ceux qui, entrés antérieurement au 1er janvier 1961, sont sortis durant l'époque que nous avons pris pour cadre.

En effet, il s'agit pour nous de présenter nos résultats au cours de ces cinq dernières années. Or, il est bien évident, que ces résultats ne peuvent pas être appréciés uniquement par la sortie hors de l'Hôpital et comportent également le devenir de ces malades et les prolongements extérieurs de leurs sorties.

Ces prolongements, nous les retrouvons dans les consultations de post-cures pratiquées dans six dispensaires d'hygiène Mentale répartis dans cinq chef-lieux d'arrondissement du département, à savoir :

- ANGERS et TRÉLAZÉ
- BAUGÉ.
- CHOLET
- SAUMUR
- et SEGRÉ

Ayant posé ainsi les limites générales dans lesquelles s'encadre notre étude, il nous faut maintenant préciser, en quelques lignes, l'activité médicale du service particulier que nous avons pris comme exemple du "service moyen d'un hôpital psychiatrique ordinaire de Province".

Pour mieux fixer les idées, nous pensons qu'un résumé chiffré sera plus parlant et c'est ce que nous ferons dans les tableaux ci-contre (Voir pages suivantes).

Ces tableaux nous montrent d'emblée que la classification nosographique des entrants dans un service d'hommes d'une région de l'Ouest et plus précisément, comme c'est le cas pour nous, d'une région vinicole, fait état d'un pourcentage très élevé d'alcooliques. Toutefois, il faut signaler qu'actuellement, le nombre des névroses comme celui des psychoses chroniques, semble en augmentation au cours des dernières années.

Pour ce qui est des entrées de schizophrènes, puisque ce sont ceux qui nous intéressent, nous insisterons sur leur répartition au cours de ces cinq dernières années de référence.

- 1961 : entrée de 9 schizophrènes,
- 1962 : entrée de 21 schizophrènes,
- 1963 : entrée de 8 schizophrènes,
- 1964 : entrée de 18 schizophrènes,
- 1965 : entrée de 8 schizophrènes.

I - MOUVEMENT DE LA POPULATION DU SERVICE B. HOMMES

	1961			1962			1963			1964			1965			TOTALUX
	S.F.	S.L.	TOT.	S.F.	S.L.	TOT.	S.F.	S.L.	TOT.	S.F.	S.L.	TOT.	S.F.	S.L.	TOT.	
Entrées	309		309	320	115	435	321	90	411	268	141	409	220	140	360	1,924
Sorties	298		298	290	91	381	310	85	391	275	121	396	239	157	396	1,866
Décès	19		19	22	2	24	25	1	26	10	2	12	9	-	9	90
Evasions	1		1	6		6	5		5	9		9	3		3	24

II - CLASSIFICATION NOSOGRAPHIQUE

	1961		1962		1963		1964		1965	
	S.L.	S.F.	S.L.	S.F.	S.L.	S.F.	S.L.	S.F.	S.L.	S.F.
Psychose maniaque dépressivo		38	15	23	19	23	18	24	18	23
Etats confusionnels aigus		9	1	4		2		2	2	2
Synd. délirants - Bouffées délirantes		5	2	11	2	8	2	7	1	7
Schizophrénies		9	7	14	1	7	5	13	4	3
Délires chron. systématisés		13	3	4	2	6	7	11	6	11
Psychoses alcooliques			10	17	7	12	4	18	6	19
Alcoolismes chroniques		138	47	165	37	194	64	128	71	100
Paralysie Générale				2						
Epilepsie		12	3	5	2	7	2	5	7	6
Démences séniles et pré-séniles		31	2	35	2	18	4	11	3	14
Tr. mentaux autres que cités					2		4	1		1
Névroses		20	11	6	7	6	10	2	13	4
Déséquilibre mental		8	6	9	1	13	7	18	3	13
Oligophrénies		26	4	24	8	22	11	24	4	16
Etats non classab. dans les cat. préc.			4	1		3	3	4	2	1
TOTAUX	309	309	115	320	90	321	141	268	140	220
			435		411		409		360	

Au total 64 malades schizophrènes entrés en 5 ans, soit une moyenne de 13 schizophrènes par an.

Nous ne pouvons manquer d'être frappés par certains chiffres assez dissemblables d'une année à l'autre. Pourtant peut-être ces discordances peuvent-elles être expliquées.

D'une part, il semble en effet que la recrudescence des entrées en 1962, soit due à la création au Centre Psychothérapique Départemental de Sainte-Gemmes, des admissions en Service Libre. Cette "libéralisation" -si l'on peut dire- du mode d'entrée à l'Hôpital Psychiatrique a en quelque sorte supprimé ou tout au moins atténué la méfiance et les réticences du public à l'égard des "maisons de fous" et certains malades et familles, qui jusqu'alors n'admettaient que les traitements en cliniques privées ont enfin accepté de franchir les portes de notre Etablissement, sûrs de pouvoir en sortir quand bon leur semblerait. L'idée que l'on se faisait de l'Hôpital Psychiatrique était encore très carcérale, le "service libre" a supprimé ces barreaux fictifs -sans doute est-ce là qu'il faut chercher la raison du nombre accru des entrées en 1962-; D'autre part, la chute brutale des admissions en 1965, s'explique tout naturellement par la création du troisième service d'Hommes, celui-ci accaparant évidemment une partie des entrants. D'ailleurs cette chute se remarque sur l'ensemble global des entrées dans le service au cours de cette année.

Bref, ces généralités étant exposées, nous rappellerons brièvement les trois grands groupes dans lesquels nous avons répartis nos malades.

I - Malades toujours hospitalisés.

II - Malades sortis, mais sans autonomie propre.

III - Malades ayant recouvré une indépendance socio-professionnelle et une vie pratiquement normale.

A - GROUPE I : MALADES ENCORE HOSPITALISÉS

Parmi ces malades, au nombre de 24, nous pouvons distinguer plusieurs catégories en fonction des résultats obtenus dans leur vie hospitalière et des possibilités de contact avec le monde extra-muros. Ils se distribuent comme suit :

- 1 - Un malade est sorti en Hospice et nous est revenu,
- 2 - Deux malades ont été placés dans un Centre de Post-cure et de réadaptation agricole puis nous ont été réintégrés,
- 3 - Un groupe de sept malades bénéficie régulièrement de sorties extérieures sous forme de permissions,
- 4 - Deux malades médico-légaux qui, pour des raisons juridiques, ne peuvent bénéficier de sorties extérieures,
- 5 - Un lot de malades n'ayant pu reprendre contact avec la vie extérieure, mais qui ne constituent pas tous des échecs. En effet, un certain nombre d'entre eux ont pu être suffisamment améliorés dans leur vie quotidienne et peuvent participer à des activités diverses dans le cadre de l'Etablissement.
- 6 - Enfin 3 malades réhospitalisés ou transférés ailleurs.

*
* *

I - Le Malade sorti en Hospice :

OBSERVATION N° 1 - BIR.... Pierre, né le 5 mars 1921, il est hospitalisé la première fois en 1953.

Il s'agit d'un ouvrier agricole qui présentait à son entrée un important ralentissement psycho-moteur avec apragmatisme désintérêt, désinsertion sociale et qui exprimait un délire à thème mystique et de persécution mal systématisé avec sentiment d'étrangeté et d'influence, phénomènes hallucinatoires auditifs.

Il est alors traité, en dehors de quelques médications symptomatiques, par LARGACTIL à dose croissante jusqu'à 200 mg. par jour.

Après atténuation des phénomènes délirants et hallucinatoires parasites, il reprend une activité intra-hospitalière s'occupant d'abord régulièrement à des travaux de ménage dans le Pavillon et, le 29 novembre 1963, il est possible de le transférer à l'Hospice de CHOLET sous couvert de la continuation d'un traitement Neuroleptique d'entretien.

La deuxième hospitalisation a lieu le 4 mai 1964. Après une rémission sensible de quelques mois, on observe une reprise du syndrome délirant et hallucinatoire avec quelques anomalies du comportement, dans le cadre de l'Hospice. Notamment, il se bat avec un autre pensionnaire "qui voulait lui prendre son intelligence".

Le traitement de LARGACTIL est rééquilibré et peu après le malade retrouve son calme sans pour autant reprendre une activité pragmatique satisfaisante. On envisage un traitement de Neuroleptiques incisifs pour tenter de modérer le désintérêt du malade pour la vie extérieure et d'empêcher son installation dans une hospitalisation chronique.

*

* *

2 - Deux malades ont pu bénéficier, peu après l'ouverture du Centre de Post-cure et de réadaptation agricole de BILLIERS (Morbihan), d'un placement dans cet Etablissement.

Il s'agissait de sujets dont la profession agricole, antérieure à l'hospitalisation, permettait d'espérer une réinsertion professionnelle satisfaisante. L'un d'eux avait même pu, après un séjour de deux ans obtenir son placement chez un arboriculteur d'Ille et Vilaine. Malheureusement, ces résultats n'ont pu être maintenus. L'échec de ce reclassement socio-professionnel semble lié à deux conditions :

- d'une part, un trop grand isolement et une surveillance de prophylaxie mentale insuffisante.

- d'autre part, un manque de rigueur dans la poursuite du traitement neuroleptique et d'entretien.

Nous citerons d'abord le cas de ce malade :

OBSERVATION N°2 - AB.... Jean-Pierre, né à NANTES, le 25 février 1932.

Il est hospitalisé pour la première fois, le 23 février 1957, pour préoccupations pseudo-scientifiques et interprétations morbides. Il est alors traité par cure de SAKEL associée à du LARGACTIL à faible dose. Une amélioration rapidement obtenue permet une sortie au bout de trois mois, mais est suivie d'une rechute entraînant sa réintégration en septembre de la même année.

Un traitement de NOZINAN à dose modérée est institué, permettant une nouvelle amélioration suivie de sortie. Malheureusement, le malade doit être de nouveau hospitalisé le 7 juin 1958 à la suite d'une nouvelle expérience délirante mal systématisée, à thème d'espionnage et politique, à mécanisme interprétatif et hallucinatoire. Les préoccupations pseudo-scientifiques se concrétisent par des écrits et des plans "d'un thermostat d'ambiance adaptable sur un appareil de chauffage". Toutefois, on ne note pas de véritable insertion dans le réel et le malade reste très apragmatique.

Nous le traitons alors par Neuroleptiques sédatifs (LARGACTIL-NOZINAN) à doses moyennes pendant deux ans et le premier traitement ayant abouti à une suspension du délire nous instituons, en 1961, un traitement de Téméntil auquel sont associées les Phénothiazines trifluorées, en l'occurrence la TERFLUZINE.

Cette thérapeutique amène une rémission satisfaisante du syndrome schizophrénique qui engage à tenter la sortie du malade au Centre de Billiers.

AB.... Jean-Pierre y est admis le 17 juin 1963, y suit une réadaptation progressive et en sort le 4 août 1965 pour mener une vie normale jusqu'en décembre de la même année, travaillant comme arboriculteur.

En décembre 1965, il doit être réintégré à l'Hôpital Psychiatrique à la suite d'une nouvelle poussée délirante atypique, avec graphorrhée, reprise du thème mégalomane et rationalisme morbide. Différents thèmes sont de nouveau exprimés accompagnés d'hallucinations diverses.

Dès son retour le malade est remis à un traitement de Neuroleptiques associés (TERFLUCINE-NOZINAN). On observe actuellement une rémission satisfaisante des phénomènes délirants et hallucinatoires et une reprise de l'activité.

*
* *
*

Le deuxième malade que nous avons confié au Centre de Billiers le fut en mai 1962, après une hospitalisation qui avait duré 7 années.

OBSERVATION N° 3 - FOU.... Raymond, né le 8 septembre 1929.

Il fut hospitalisé en novembre 1955. Il nous était transféré de l'Hôpital Psychiatrique de Vaucluse où on notait un syndrome psychonévrotique grave évoluant vers un syndrome schizophrénique : repli autistique, psychorigidité, attitude prétentieuse et méfiante, autodictatisme, nombreuses préoccupations relatives à la vie sexuelle de ses parents.

Il faut noter là l'échec d'une cure de SAKEL.

Le narcissisme, la mimique discordante, les stéréotypies, l'apragmatisme et le désintérêt signalés lors de l'entrée devaient persister de nombreuses années, malgré des traitements successifs importants et variés constitués par SERPASIL, et LARGACTIL à dose modérée, puis élevée jusqu'à 600 mg. par jour, associé même à la sismothérapie suivie par un traitement de TÉMENTIL à dose très élevée puisqu'elle atteignait 700 mg. par jour.

Il convient de noter là qu'à cette époque une rémission satisfaisante était enregistrée dans l'évolution psychotique du

malade dont la méfiance extrême cède d'abord, faisant place progressivement à une acceptation meilleure de la vie pavillonnaire, avec même participation à ses activités, puis au consentement à un travail d'ergothérapie et enfin de jardinage. L'amélioration se poursuivant et le niveau intellectuel du sujet se révélant très satisfaisant au test de WESCHLER-BELLEVUE (Q.I. 104), nous avons pu proposer sa candidature au Centre de Post-cure agricole de l'OUEST.

Au cours de sa première année dans cet établissement le malade s'adapta bien, puis le syndrome dissociatif reprit son évolution en juin 1963, le malade prenant irrégulièrement ses médicaments, puis refusant systématiquement d'absorber tout cachet ou préparation liquide.

Quelques jours avant sa réadmission à l'Hôpital Psychiatrique, on notait une véritable flambée délirante polymorphe à thème d'empoisonnement, de revendication et d'influence extérieure, entraînant des écrits divers et notamment des lettres au Président de la République, au Préfet, etc...

Dès son retour, il est traité par TENENTIL puis MAJEP-TIL avec un certain succès, mais alors qu'on notait une amélioration sensible, l'apparition d'une tuberculose pulmonaire nous oblige à l'isoler en Octobre 1965 et à modifier la thérapeutique en conséquence.

Actuellement, l'évolution tuberculeuse stabilisée permet, conjointement à un traitement d'antibiotiques spécifiques modéré, la poursuite des neuroleptiques.

L'état mental est satisfaisant.

*
* *

3 - Le groupe des malades permissionnaires :

Il s'agit là d'un groupe de 7 malades schizophrènes qui bénéficient de permissions de façon régulière en raison non seulement d'une bonne amélioration, quoique partielle, de leur état, mais aussi de conditions familiales favorisantes. Toutefois, il convient de préciser que par ce vocable nous ne voulons pas toujours dire "conditions favorables" et qu'il nous faut parfois faire obstacle au désir de certaines familles trop empressées à vouloir sortir leur malade. C'est le cas des deux observations suivantes. Cas presque superposables en ce sens qu'il s'agit de deux mères, veuves, qui sollicitent de fréquentes permissions souvent contre l'intérêt médical de leur enfant. Ces deux observations sont assez significatives à cet égard.

OBSERVATION N° 4 - CHAR.... Michel, né le 30 mars 1943.

Il est hospitalisé une première fois, du 8 octobre 1960 au 10 août 1961. Il nous est envoyé pour une bouffée délirante atypique évoluant sur un fond de débilité mentale avec sentiment de dépersonnalisation, impression de métamorphose corporelle, "tête qui se rétrécit, pensées qui s'éloignent et sortent par les yeux et les oreilles", sentiment de régression infantile, étrangeté, bizarrerie, anxiété vive.

Il est traité par LARGACTIL à dose progressivement croissante puis après sédation, notamment de l'anxiété, un traitement de MAJEPTIL est institué auquel succéderont TEMENTIL, puis TRI-FLUOPÉRAZINE et enfin HALOPÉRIDOL. Une amélioration nette de l'état mental permet d'accorder une sortie d'essai le 10 août 1961.

Le 4 mai 1962, le malade fuit en pleine nuit de son domicile et se présente à l'Hôpital dans un état d'anxiété très vive. Il est halluciné, exprime de nombreuses idées de transformation d'organe, de modification corporelle "il tombe en poussière, devient tout petit".

Le traitement d'HALOPÉRIDOL est repris à dose croissante avec association de MAJEPTIL. Une nouvelle rémission partielle de son état autorise un deuxième essai de réinsertion familiale, ce qui est tenté en septembre 1963.

Malgré une surveillance de post-cure dans le cadre du Dispensaire d'Hygiène Mentale de SAUMUR, le malade doit être réhospitalisé le 25 novembre 1964 à la suite d'une nouvelle poussée d'anxiété avec syndrome d'emprise et d'influence, hallucinations plurisensorielles et notamment impératives. Il est alors traité par une association de FLUPHÉNAZINE et de MELLERIL à doses croissantes jusqu'à un maximum de 400 mg. de chacun des produits, thérapeutique à laquelle on adjoindra un antidépresseur : le SUR-MONTIL.

L'état actuel, partiellement amélioré, permet d'accorder de temps en temps, sans toutefois consentir à toutes les demandes de sa mère, tant en durée qu'en fréquences, des permissions de quelques jours. Notons que les grandes poussées d'anxiété ne sont pas reparues depuis l'emploi du MODITEN qui nous paraît jusqu'alors constituer chez ce malade le neuroleptique le plus actif.

OBSERVATION N° 5 - NEV.... Edmond. Cette observation est assez superposable à la précédente en raison des conditions familiales dans lesquelles ont pu se dérouler des sorties successives d'une part et, d'autre part, du fait de la variété des thérapeutiques utilisées avec un succès partiel très modeste.

NEV.... Edmond est hospitalisé depuis 1962. Il s'agit d'un septième séjour.

Né le 9 avril 1933, ce malade présente ses premiers troubles à l'âge de 24 ans. D'emblée on note des anomalies du

comportement, caractérisées par du désintérêt, de l'apragmatisme avec négligence des soins corporels. Il reste confiné au lit pendant quelques semaines montrant paradoxalement de l'agressivité à l'égard de sa famille.

Il est alors traité par LARGACTIL suivi de 50 comas insuliniques, ce qui amène une rémission partielle et une tentative de réinsertion sociale.

Une reprise de troubles suivie de réhospitalisation est traitée par LARGACTIL à dose élevée amenant une amélioration rapide, mais le malade est alors sorti contre avis médical.

Son comportement impulsif en milieu familial (injures à ses parents, menace de les tuer, agressivité à l'égard du père, brutalité envers la mère) contraint la famille à le faire réadmettre en milieu spécialisé où un traitement de NOZINAN et de FRENQUEL permet une atténuation des symptômes, notamment des idées délirantes. Une sortie d'essai est alors tentée, mais se solde par un échec.

Par la suite, au cours des hospitalisations suivantes, on associera TÉMENTIL et NOZINAN, puis depuis son dernier séjour on essaiera divers neuroleptiques majeurs et incisifs : MAJEPTIL en 1962 notamment et, plus récemment, FLUPHÉNAZINE associée à la THIORIDAZINE. Ce dernier traitement aboutira à un demi-succès, permettant des permissions relativement fréquentes et une vie hospitalière à peu près satisfaisante quoique entrecoupée d'épisodes anxieux et agressifs sous tendue par des expériences délirantes.

*

* *

A l'inverse de ces milieux familiaux captatifs et que nous devons refreiner dans leur désir de sortir leur malade, deux de nos schizophrènes bénéficient de permissions dans des milieux prudents et circonspects, mais non moins favorables. L'un deux n'a pu obtenir son acceptation dans la famille, pour une courte période de 4 jours, qu'un an après son hospitalisation, malgré l'amélioration nette de son état mental et l'autre n'a bénéficié de son premier congé que 4 ans après son entrée dans notre service.

*

* *

OBSERVATION N° 6 - JOU.... Jean, né le 24 mars 1936. Il est hospitalisé le 30 novembre 1963. Il s'agit d'un étudiant en Sciences, réformé au bout de 3 mois de service militaire et hospitalisé en milieu psychiatrique une première fois à VILLEJUIF.

A son entrée, il présente un comportement autistique avec mimique discordante, rires immotivés, réponses énigmatiques, inconscience de son état morbide, apragmatisme.

Il est d'abord traité par NOZINAN puis TÉMENTIL et MAJEPTIL avant d'être soumis à l'association FLUPHÉNAZINE-MELLERIL traitement qui permet une reprise de l'intérêt et de l'activité, un meilleur contact non seulement avec sa famille, mais aussi dans le cadre du pavillon avec les autres malades.

Actuellement, un traitement d'entretien de cette même association à dose modérée permet d'assez fréquentes permissions. Celles-ci, tout d'abord acceptées avec quelques réticences par la famille et seulement pour quelques jours après un an d'hospitalisation du malade, sont maintenant demandées régulièrement et l'on peut noter les constatations suivantes du père dans une lettre du 30 mars 1966 :

"... Nous avons constaté avec plaisir à l'occasion des "fêtes de Pâques que l'état de santé de Jean allait en s'améliorant et nous tenons à vous remercier...".

OBSERVATION N° 7 - NAU..... Yves, né le 25 août 1938. Cette observation autorise les remarques identiques à la précédente dans le déroulement de la maladie.

Au cours d'un premier séjour en 1957 au cours duquel on notait un état d'anxiété avec phénomène d'emprise de la pensée ambivalence, préoccupations religieuses, agressivité et menace de suicide, le malade est traité par cure de SAKEL qui amenait une amélioration suivie de sortie.

Il était réhospitalisé en février 1961 pour un syndrome discordant avec automatisme mental, bizarreries, troubles de l'affectivité, tendance autistique, agitation clastique que nous traitons par MAJEPTIL et TÉMENTIL. On obtenait une amélioration relative, se traduisant par un comportement plus normalisé, dans le cadre du pavillon et on essayait alors un traitement de FLUPHÉNAZINE-MELLERIL à une dose moyenne de 100 mg. par jour de chacun de ces deux produits. Cette nouvelle thérapeutique permettait une reprise de l'activité ainsi que des manifestations d'intérêt affectif plus grandes pour sa famille. Celle-ci se laissait convaincre de la possibilité d'une première permission en octobre 1964.

Un compte-rendu de cette première sortie nous était adressé par lettre des parents, nous signalant que les dix jours s'étaient écoulés sans aucune "crise violente rappelant celle d'autrefois". Le malade se montrant doux, affectueux, jouant avec ses petits neveux et nièces et rendant de petits services à la maison. Toutefois, ils signalaient que leur fils avait fait connaître son inquiétude : "Pourquoi n'était-il pas comme tous les autres".

Depuis les permissions se sont renouvelées, à une fréquence accrue à la satisfaction de tous et elles sont sollicitées par les parents qui s'engagent à faire respecter minutieusement le traitement.

Parmi les trois autres malades du groupe qui bénéficient de permissions fréquentes, l'un deux est entré récemment pour la quatrième fois.

OBSERVATION N° 8 - GAU.... René. Il s'agit d'un agent de lycée pour lequel trois tentatives de réinsertion professionnelle se sont soldées par des échecs malgré une amélioration nette mais somme toute insuffisante des troubles présentés. Il convient de noter, toutefois, que ce malade n'a pas encore bénéficié d'une gamme très étendue de Neuroleptiques et notamment les plus incisifs d'entre eux n'ont pas encore été essayés ce qui peut peut-être expliquer, dans une certaine mesure, l'échec des sorties définitives.

Deux raisons peuvent être données à cette modération thérapeutique : d'une part, l'amélioration rapide sous traitement de Neuroleptiques sédatifs autorisant très vite les permissions, puis la tentative de sortie ; d'autre part, la reprise relativement récente des troubles.

OBSERVATION N° 9 - POIN.... Marcel, né le 30 mars 1922. A été hospitalisé en juillet 1964 pour un syndrome dissociatif avec anomalies du comportement et antérieurement traité dans un Hôpital Psychiatrique d'un département voisin, pendant dix ans, par sismothérapie et insuline, et cela sans grand résultat.

Dès son entrée, en raison des échecs successifs des thérapeutiques dites agressives et des neuroleptiques sédatifs courants, (LARGACTIL-NOZINAN), nous avons institué un traitement de neuroleptiques incisifs à savoir, FLUPHÉNAZINE que nous avons associé au MELLERIL.

Une amélioration rapide est constatée, se manifestant tant dans sa vie hospitalière -le malade s'occupant régulièrement à l'ergothérapie-, qu'au cours des permissions qui lui sont accordées et durant lesquelles sa famille est unanime à constater que son comportement est satisfaisant.

OBSERVATION N° 10 - GUI.... Lucien, né le 22 janvier 1939. Il est hospitalisé depuis le 21 janvier 1964, pour une schizophrénie d'évolution ancienne dont les premiers troubles remontent à 1957.

Il fut traité dans différents établissements psychiatriques, y compris notre service de Saintes-Gemmes-sur-Loire d'où il était sorti en 1963.

Au cours de ces précédents séjours hospitaliers il subit diverses thérapeutiques : Cure de SAKEL (75 comas), SISMO-THERAPIE, SERFASIL, NOZINAN, HALOPÉRIDOL, LARGACTIL et MAJEPTIL, tous suivis de résultats très parcellaires et souvent médiocres.

Depuis son hospitalisation de 1964, après quelques mois d'association de LARGACTIL et NOZINAN nous avons entrepris un traitement de FLUPHÉNAZINE et MELLERIL à doses progressivement

croissantes et très personnalisées pour aboutir à un maximum de 600 mg. par jour de chacun des deux Neuroleptiques.

La tolérance de cette association se révèle remarquable et son efficacité se traduit par une atténuation, puis une disparition progressive des troubles parasites ; le malade subissant, puis coopérant lui-même au traitement, au point d'observer et de décrire les différents phénomènes pathologiques qu'il vivait à la façon d'un véritable témoin, remontant dans le temps les étapes successives de son vécu pathologique.

Pendant que se déroulait ce processus abrasif, il reprenait une activité intellectuelle et pratique, suivant des cours par correspondance de dessin industriel, envoyant régulièrement des devoirs qui furent notés de façon moyenne, et se présenta même à un examen au Collège Technique d'Angers en juin 1966. Malheureusement, il nous faut noter là que la persistance de petits phénomènes morbides l'empêchèrent de subir totalement les épreuves.

Conjointement il obtenait de fréquentes permissions en milieu familial, permissions qui devinrent progressivement plus rapprochées au point d'aboutir pour ce malade à un régime très spécial de vie, à la fois intra et extra hospitalière, puisqu'il partage actuellement la semaine en trois jours dans le service et quatre jours dans sa famille. Des permissions plus prolongées sont évidemment accordées périodiquement et seule l'importance encore considérable du traitement nous empêche d'accorder une sortie définitive. Toutefois, celle-ci pourra certainement être envisagée dans un avenir assez proche. Tout récemment, nous avons pu modifier son traitement de façon prudente, en abaissant à 200 mg. par jour les doses respectives de FLUPHÉNAZINE et de MELLERIL. Ajoutons qu'à ce traitement neuroleptique est adjoint évidemment quelques correcteurs anti-parkinsonniens.

*

* *

4 - Les deux malades Médico-légaux :

OBSERVATION N° 11 - BRE.... Jean-Claude, né le 8 mars 1936. Il s'agit d'un employé de bureau qui fut hospitalisé une première fois le 30 septembre 1961.

Il s'agit d'un sujet constitutionnellement schizoïde timide, hypérémotif, cherchant à s'isoler, mal inséré dans son groupe social avec une affectivité profondément émoussée dont les premiers troubles remontent à 1959. Il fut d'ailleurs antérieurement traité dans une Clinique Psychiatrique privée en février 1961, par cure de sommeil, et ce, sans résultat appréciable.

Il nous est amené sur non-lieu, à la suite d'un vol à main armée, après expertise de deux psychiatres.

Lors de ce premier placement il est traité par MAJEPTIL, puis par HALOPÉRIDOL à dose modérée, traitement qui amène rapidement une amélioration de l'état mental avec reprise de l'intérêt, notamment à l'égard de sa famille et acceptation d'un petit travail dans le cadre du service.

Cette rémission rapide, l'absence de trouble grave, le bon comportement, nous incitent à lui accorder une première permission à l'occasion de Noël 1961, permission qui sera suivie dans les mois à venir d'autres permissions plus longues. A l'occasion de l'une d'elle, en Avril 1962, le malade disparaît du domicile de sa mère qui en avait la surveillance et n'est pas réintégré dans le service.

Il ne sera ramené à l'Hôpital Psychiatrique que le 18 Septembre 1962, à la suite d'un nouveau hold-up après lequel il s'est dénoncé lui-même.

Il présente alors un syndrome dissociatif à forme hétérodophrénique avec ébauche d'automatisme mental : "on profère des menaces à son encontre et des injures par l'intermédiaire de micros".

Il lui est alors donné du NOZINAN puis, en raison du médiocre résultat, du TEMENTIL à dose progressivement croissante jusqu'à 75 gouttes par jour.

On peut alors noter une légère amélioration, le malade accepte un petit travail dans le cadre du service, mais il demeure soucieux et renfermé. En mars 1964, on essaiera l'association FLUPHÉNAZINE-MÉLLERIL, jusqu'à une dose de 400 mg. du premier produit. Ce traitement modifiera peu de chose. Le malade reste calme, mais solitaire, il s'occupe un peu dans le service d'ergothérapie mais sans grande conviction et l'on note une persistance de la tendance à l'isolement.

OBSERVATION N° 12 - ROB.... Raymond, né le 1er Juin 1932. Il est hospitalisé pour la première fois en 1954, pour un syndrome dépressif avec idées de persécution bizarres. Il aurait voulu récupérer le sang qu'il aurait donné au cours d'une prise de sang faite au régiment. Il se disait surveillé par l'Administration des finances. En outre, l'examen révélait une débilité mentale légère et quelques signes d'imprégnation éthyliques. Un traitement de LARGACTIL amène une rémission des troubles et le malade sort le 1er Août de la même année sur la demande de son épouse.

Une deuxième hospitalisation a lieu du 14 Avril au 9 Juin 1955, il présentait alors des hallucinations multiples, auditives, olfactives, cénesthésiques. Le comportement et le langage sont bizarres et l'on évoque alors la possibilité d'une schizophrénie. Il est de nouveau traité par LARGACTIL et peut sortir très rapidement.

Une troisième hospitalisation s'étend du 5 Juin au 11 Août 1957, motivée par un syndrome délirant mal systématisé à thème de persécution et de jalousie, comportement violent à

l'égard de sa famille, ambivalence et nombreux barrages du cours de la pensée. Il est alors traité par LARGACTIL et SISMOTHÉRAPIE à raison de 10 électrochocs et, après amélioration, obtient sa sortie pour aller chez sa mère.

Le 5 février 1959, il entrait à l'Hôpital Psychiatrique pour la quatrième fois. Il présentait alors un syndrome dépressif atypique, avec ralentissement idéo-moteur, interprétations, agressivité à l'égard de sa mère, mimique discordante et stéréotypie. On note, en outre, une paralysie hystérique du membre supérieur droit traité alors par LARGACTIL et NOZINAN, il sort très amélioré le 21 mai de la même année.

Sa dernière admission date du 20 novembre 1964. Elle survient après expertise médico-légale ayant conclu à l'irresponsabilité à la suite d'une falsification de pièce d'identité. Il avait modifié certaines lettres sur sa carte grise prétendant "qu'elles lui portaient un préjudice moral". Il présente alors les mêmes signes que lors de ses placements antérieurs avec notamment stéréotypies mimiques, des rires immotivés et de multiples idées délirantes.

Le traitement institué est alors l'association FLUPHÉNAZINE-MELLERIL à des doses progressives pour atteindre un maximum de 150 mg. de chacun des deux produits. Il y sera adjoint du TOFRANIL en décembre 1964.

Assez rapidement, l'état du malade s'améliore, le sujet n'expose plus ses idées délirantes, il est calme, il y a reprise de l'intérêt et d'une certaine activité. Toutefois, persistance du mauvais contact avec l'entourage, attitude renfermée et tendance à l'isolement. Il travaille à peu près régulièrement, mais changera plusieurs fois d'emploi, s'occupant d'abord dans les ateliers de l'Etablissement, puis aux cuisines et enfin à la buanderie depuis quatre mois.

*

* *

5 - OBSERVATION N° 13 - CAL.... Hubert, né le 23 juin 1939. Est un jeune Guyannais, agent des Douanes à PARIS, dont les premiers troubles remontent à 1963 avec apparition brutale d'un syndrome d'influence. Il est alors suivi en Dispensaire et traité par HALOPÉRIDOL, ce qui amène une atténuation des phénomènes d'emprise.

Une rechute se produit en mars 1965, marquée par : bizarrerie du comportement, nombreuses erreurs dans son travail, syndrome hallucinatoire, ce qui entraîne une première admission à l'Hôpital Ste-Anne à PARIS, du 25 mars au 27 avril 1965. On institue un traitement d'HALOPÉRIDOL d'abord en injection, les premiers jours, puis sous formes de gouttes. Une amélioration nette de l'état mental permet la sortie sous couvert de la continuation du traitement à l'extérieur.

Il doit être hospitalisé, de nouveau, à Ste-Anne, le 9 juin 1965, à l'occasion d'une recrudescence de l'activité délirante et des troubles du comportement avec incohérence, bizarrerie, maniérisme, impulsivité, trouble du cours de la pensée, syndrome d'influence, désinsertion socio-professionnelle, vie autistique et apragmatisme important. Il est traité alors par HALOPERIDOL, TRIPERIDOL et NOZINAN et peut sortir le 21 juillet 1965.

Au cours de ses vacances en Anjou, il est adressé au Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes-sur-Loire pour des troubles du comportement : il court dans les champs, fait semblant de tirer à la mitrailleuse.

A son entrée, il présente de nombreux rires immotivés, un semi-mutisme et le contact est pratiquement inexistant.

Nous instituons un traitement de MAJEPTIL atteignant progressivement une dose journalière de LXX gouttes en 3 fois, relayé en raison de son inefficacité au bout de trois mois par l'association de FLUPHÉNAZINE-MELLERIL que nous monterons jusqu'à 400 mg. de FLUPHÉNAZINE.

En dépit, de ces thérapeutiques, l'état mental de M. CAL.... demeure inchangé, le malade restant très renfermé, autistique, refusant tout contact, persistance de rires immotivés apragmatisme total avec échec d'une tentative d'occupation dans le service d'ergothérapie.

OBSERVATION N° 14 - DUP.... Pierre, né le 10 mars 1924. Il entre pour la première fois dans le service le 1er mars 1952, pour un syndrome paranoïde évoluant depuis deux ans. Il fut traité antérieurement dans une Maison de Santé privée par sismothérapie et cure de SAKEL, et ce, sans succès.

A son entrée au Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes, il présente un syndrome catatonique, avec conservation des attitudes, ralentissement idéo-moteur, barrages du cours de la pensée, idées délirantes à mécanisme hallucinatoire et interprétatifs, sans systématisation, indifférence, semi-mutisme, désintérêt et apragmatisme.

Il est traité successivement par CARDIAZOL, Sismothérapie puis LARGACTIL sans résultats appréciables. On essaie alors une nouvelle cure d'électrochocs associés à un traitement de NOZINAN et LARGACTIL qui se révèle tout aussi inefficace. Un traitement de MAJEPTIL atteignant 75 gouttes par jour entraîne des troubles secondaires importants qui contraignent à interrompre cette thérapeutique.

Le 6 mai 1964, à la suite d'une collection purulente des bourses, le malade est transféré dans le service de chirurgie du Centre Hospitalier d'Angers et considéré comme sorti.

Il nous est réintégré après intervention le 29 juin 1964 et nous entreprenons un traitement de neuroleptiques inci-

sifs, à savoir : la FLUPHÉNAZINE à raison de 350 mg. par jour.

En dépit de cette nouvelle thérapeutique, l'état mental du malade reste inchangé. Il demeure indifférent à ce qui l'entoure, totalement apragmatique, sale et débraillé, sans aucun contact avec son entourage.

OBSERVATION N° 15 - GAUD.... Julien, né le 3 mars 1936. Il fut hospitalisé dans le service, le 6 avril 1964, alors qu'il bénéficiait d'une permission dans sa famille accordée par l'Hôpital Psychiatrique de VILLEJUIF où il était traité depuis quelques mois.

Il s'agit d'un garçon de salle d'un Hôpital parisien dont les troubles remontent à plusieurs années, troubles ayant entraîné trois hospitalisations antérieures dans des établissements psychiatriques de la région parisienne.

Il nous est adressé pour un syndrome délirant mystique. Il se prend pour le Christ : "Je suis le Seigneur, votre lumière". et présentait des troubles du comportement en milieu familial : mangeait du papier journal, prenait des tisanes brûlants dans le foyer avec les mains.

A son entrée, il présente : autisme, apragmatisme, indifférence, et semi-mutisme. L'interrogatoire révèle des idées mystiques et des divagations délirantes érotomaniaques. Le malade semble soucieux et préoccupé avec quelques impulsions. Le sommeil est mauvais.

Après quelques jours de traitement par HALOPÉRIDOL et NOZINAN injectable, le malade est mis à la FLUPHÉNAZINE à doses progressivement croissantes, jusqu'à un maximum de 300 mg. par jour, associée à une dose égale de MÉLLERIL.

L'état mental du malade demeure pratiquement inchangé pendant les premiers mois, celui-ci demeurant calme, mais soucieux et solitaire, sans contact avec son entourage. Une légère amélioration apparaît toutefois peu à peu et il accepte de s'occuper dans le service d'ergothérapie. Il travaille ensuite de façon très régulière, le contact devient meilleur, les idées délirantes s'atténuent et disparaissent.

Le traitement peut alors être diminué à 100 mg. de FLUPHÉNAZINE et 150 gouttes de MÉLLERIL. Des permissions peuvent être envisagées mais la famille quoique incitée à les demander les a refusées jusqu'à ce jour.

OBSERVATIONS N° 16 - DRO.... Jean-Marie, né le 6 novembre 1925. Il est entré à l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 13 mars 1953 pour un syndrome hébéphrénocatatonique évoluant depuis plusieurs années.

Il présentait à son entrée une attitude figée avec semi-mutisme, phénomènes hallucinatoires, opposition, refus partiel d'aliments, réactions impulsives par intervalles, agres-

sivité à l'encontre de son entourage, inertie et apragmatisme.

Il fut traité par CARDIAZOL en alternance avec la sismothérapie à raison de 9 chocs Cardiazoliques et huit électrochocs.

Une amélioration légère fut observée en début de traitement puis l'état demeura stationnaire pendant plusieurs années.

A la suite d'un ictère fébrile à répétition, le malade est transféré, le 21 mars 1961, dans le service de chirurgie de l'Hôpital d'Angers d'où il nous est envoyé après Cholecystectomie, le 19 mai de la même année.

Nous entreprenons alors un traitement de NOZINAN. Le malade est calme, mais toujours isolé avec mutisme complet, apragmatisme, indifférence à tout ce qui l'entoure, inertie. Il est malpropre et gâteux par intermittence.

OBSERVATION N° 17 - COU.... Alexandre, né le 19 décembre 1925. Il est réhospitalisé le 28 janvier 1964 après un séjour au Centre Hospitalier et Universitaire d'Angers où il avait été admis pour une hépatite virale.

Ancien militaire, rapatrié d'Indochine et réformé pour : "Psychasthénie avec tendance schizophrénique". Il entra au Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes-sur-Loire le 18 juillet 1953 pour un syndrome de ralentissement idéo-moteur avec barrages et discordance. Il éprouve un sentiment d'étrangeté, dit sentir "un cercle dans le cerveau" et se montre volontiers agressif.

Il est traité par cure de SAKEL (80 comas) après deux cures de sismothérapie. Aucun résultat n'étant obtenu il est ensuite traité par LARGACTIL (300 mg. par jour) et NOZINAN en association.

A la suite d'un ictère grave le traitement de neuroleptiques est provisoirement suspendu et le malade transféré au C.H.U. d'Angers. A son retour, le 28 janvier 1964, la même thérapeutique est reprise mais à des doses moindres. En raison de son mauvais état général, aucun neuroleptique incisif n'a pu être essayé.

L'état mental du malade n'a pas subi de modification importante. On note en effet le même comportement calme mais tendance autistique avec toutefois une occupation régulière dans les services économiques de l'établissement.

Chez un tel sujet il est certain que l'hépatite virale a profondément diminué les possibilités d'action sur la psychose. Il n'a pas été possible de mettre en oeuvre un traitement chimiothérapique plus actif et le résultat demeure très insuffisant.

OBSERVATION N° 18 - BOUR.... Robert, âgé de 39 ans. Il est hospitalisé le 30 août 1962 pour un syndrome schizophré-

nique avec parasitisme mimique, rires immotivés, sentiment d'étrangeté, bizarrerie, stéréotypies, troubles du comportement et automatisme mental.

Le début des troubles remonte en fait à quatre ans et il a été traité antérieurement dans une clinique psychiatrique privée, par cure de sommeil suivie d'une cure de SAKEL.

Au cours des premiers mois on ne note pas de changement net, le malade reste calme, se désintéresse de son entourage et de son milieu familial. Ce n'est qu'en avril 1963, qu'une détente nette sera observée. Le malade est placée en ergothérapie où son activité, bien que réduite, améliore son comportement. Depuis un an cette activité a été orientée vers un travail plus concret, avec davantage de responsabilités à l'Internat de l'Etablissement. Son contact s'est alors amélioré, il accepte et recherche même la conversation, se montre sous un aspect plus détendu, plaisantant parfois.

Cette amélioration très sensible devrait permettre une réinsertion satisfaisante dans sa famille si les conditions familiales s'y prêtaient.

OBSERVATION N° 19 - BROU.... Paul, né en avril 1930. Il présente un long passé psychiatrique, antérieur à son hospitalisation à Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Le début de ses troubles remonte en effet à 1953 et il dut être hospitalisé de nombreuses fois dans des établissements variés : Brest, Rennes, Paris, Henri Roussel, Villejuif... Simultanément, il fut soumis à de nombreux traitements dont des électrochocs et des cures de SAKEL. Enfin, le diagnostic de poussée schizophrénique semblerait établi sur un fond de déséquilibre mental et d'inadaptation sociale.

A l'entrée dans notre service, le 28 juillet 1962, BROU.... Paul présentait un état de subexcitation atypique après troubles du comportement et de la conduite sociale. Il avait notamment échoué dans une tentative de réadaptation au Centre de Post-cure et réadaptation agricole de Billiers dans le Morbihan.

Un traitement de NOZINAN et d'HALOPERIDOL associés, permettait une sédation de l'état de subexcitation atypique et une normalisation du comportement avec reprise progressive d'une activité soutenue et régulière dans l'exploitation fermière de l'Hôpital Psychiatrique.

Le traitement suivi régulièrement permet de maintenir cette amélioration, obtenue au cours des premiers mois. Seules les difficultés d'embauche et les troubles antérieures de l'adaptation en milieu familial ont jusqu'alors fait différer la sortie du malade qui, cependant, peut être considéré comme très amélioré.

Cette observation constitue le cas d'un syndrome schizophrénique, certes un peu atypique, mais qui nous a paru néanmoins relever de cette classification en raison de son améliora-

tion, sous l'influence de la chimiothérapie.

OBSERVATION N° 20 - LAF.... Yves, âgé de 35 ans. Il est hospitalisé en 1962, au mois de février, à la suite de vagabondage. Il avait été trouvé, couché par terre, sur une place d'Angers, tenant des propos décousus et faisant des gestes incompréhensibles.

A l'entrée, on note un comportement discordant au cours d'une phase de subexcitation qui s'atténue et disparaît pour laisser place à un syndrome schizophrénique avec tendance autistique, préoccupations hypocondriaques associées à diverses impressions de modifications corporelles, phénomènes psycho-sensoriels et tendance dépressive.

En raison de cette hyperthymie dépressive il est d'abord traité par du SURMONTIL puis du NOZINAN.

Son comportement hospitalier s'améliore, mais on note d'abord un refus de toute occupation. Untraitement de MELLERIL auquel est associé plus récemment du TEMENTIL permet d'améliorer sensiblement le comportement social. Le malade accepte de s'occuper régulièrement dans le service d'ergothérapie, puis d'une façon plus utilitaire dans un quartier d'enfants. Il reçoit des visites familiales pour lesquelles il se montre empressé et, en raison de l'éloignement de ses parents les plus proches, une demande de transfert est envisagée dans un proche avenir pour les régions méridionales.

OBSERVATION N° 21 - VI.... Joseph, âgé de 31 ans, Il est hospitalisé pour la première fois en 1954, à la suite d'un état d'excitation psycho-motrice avec troubles du comportement.

Orphelin, il avait été gardé comme domestique agricole par son subrogé-tuteur.

Il fut alors traité par LARGACTIL et put sortir du service en janvier 1955.

Deux ans plus tard il était réadmis pour un état dépressif et l'on notait alors quelques atypies, des sourires discordants et un syndrome d'influences extérieures vague. Un traitement de LARGACTIL permettait une amélioration et le malade sortait après un séjour de six mois. Cette sortie fut de très courte durée, puisqu'il entra de nouveau quelques jours après.

Le diagnostic de schizophrénie était alors porté pour la première fois sans que le traitement soit modifié. La sédation des troubles autorisait à prononcer la sortie définitive en 1958.

Ce n'est que six ans plus tard que le malade était de nouveau hospitalisé, le 30 juin 1964, pour un état dépressif atypique avec impressions bizarres et tendance interprétative. Il exprimait en outre quelques préoccupations hypocondriaques.

Le traitement de LARGACTIL était repris permettant une

amélioration et une réadaptation intra-hospitalière, le malade s'occupant aux cuisines. La sortie pouvait être prononcée au début août 1964.

Depuis cette époque les placements se sont succédés, interrompus par de brefs séjours extérieurs au cours desquels on note une très mauvaise adaptation sociale, une tendance autistique et la reprise des phénomènes d'automatisme mental. Au cours d'une dernière sortie on notait même une tentative de suicide au gaz.

On assiste alors à une évolution schizophrénique ne cédant plus aux neuroleptiques sédatifs : LARGACTIL ou MELLERIL, comme si l'effet de ces premiers traitements s'était épuisé chez ce malade. C'est pourquoi l'on institue une thérapeutique de Neuroleptiques incisifs : TEMENTIL et, plus récemment, un traitement de FLUPHENAZINE à dose croissante dont l'efficacité n'a pu encore être véritablement appréciée.

En conclusion :

Cette observation nous paraît présenter un intérêt, quant à l'étude de l'évolution des troubles psychiques chez ce schizophrène. En effet, on peut distinguer dans cette évolution pathologique deux périodes très distinctes :

- une première période s'étendant de 1954 à 1958 au cours de laquelle le syndrome schizophrénique semble s'être constitué sur un mode mineur et fut jugulé par l'action des Neuroleptiques sédatifs type LARGACTIL.

- une deuxième période qui dure depuis 1964 au cours de laquelle le syndrome schizophrénique a progressé presque sans interruption, malgré plusieurs essais de réadaptation (cinq sorties) et pendant laquelle l'effet des neuroleptiques sédatifs semble s'être tari.

- entre ces deux phases pathologiques, on note une longue rémission de plus de six ans avec bonne réadaptation socio-professionnelle puisque le sujet a travaillé pendant toute cette époque chez le même employeur qui le considérait comme sobre, courageux et bon ouvrier.

OBSERVATION N° 22 - GEL.... Georges, marié à une Receveuse des P.T.T. et père de deux enfants, a été hospitalisé au Centre Psychothérapique Départemental du Maine-et-Loire, à trois reprises en 1960, 1961 et 1964.

Il s'agissait d'un syndrome schizophrénique évoluant par bouffées qui, lors du premier séjour, se manifestait par un semi-mutisme avec attitude agressive et sthénique et l'anamnèse nous apprenait que l'évolution des troubles était ancienne, remontant à 1952, avec plusieurs hospitalisations antérieures, notamment à St-Alban et à Montpellier. Dans ces Etablissements le diagnostic de schizophrénie avait été porté avec certitude entraînant un traitement de psychothérapie et de Neuroleptiques.

Dans notre service, lors du premier séjour, quelques électro-chocs sous curare ont précédé une chimiothérapie associée de LARGACTIL et NOZINAN. Une sortie d'essai était autorisée quelque temps après avec une surveillance de post-cure qui dura neuf mois.

La deuxième hospitalisation fut justifiée par un comportement exhibitionniste du malade qui présentait, peu après, une tendance autistique avec apragmatisme. Le traitement fut alors modifié, faisant appel à un neuroleptique incisif, en l'occurrence le TEMENTIL en remplacement du LARGACTIL. Un rétablissement plus rapide s'en suivit, permettant la sortie deux mois plus tard.

Surveillance de post-cure :

Celle-ci permit le maintien dans le milieu familial pendant près de trois ans. Elle s'effectuait par des consultations régulières au dispensaire d'Hygiène Mentale de Saumur avec des visites intermédiaires de l'Assistante Sociale Spécialisée.

La troisième hospitalisation fut nécessitée par la reprise des phénomènes hallucinatoires et délirants avec idées d'influence, impression d'avoir reçu "des rayons dans les yeux" d'avoir subi un "guidage" à l'église, associée à des phénomènes pseudo-scientifiques.

Le traitement est alors totalement modifié puisque l'on associe dès son entrée THIORIDAZINE et FLUPHENAZINE et ce, d'une façon bénéfique puisque le malade peut sortir après un séjour de cinq semaines.

Une nouvelle surveillance de dispensaire s'avère efficace jusqu'au départ de la famille dans un département voisin, dû à la mutation de l'épouse dans une Recette Postale du Morbihan.

Nous apprenions qu'il y a quelques mois une nouvelle rechute avait nécessité la réhospitalisation de notre malade dans ce Département.

De cette observation nous pouvons tirer plusieurs éléments :

1°) Une réduction progressive de la durée d'hospitalisation est possible avec l'amélioration de la qualité thérapeutique : neuroleptiques de plus en plus efficaces semble-t-il.

2°) Une surveillance de post-cure étroite permet, dans de bonnes conditions familiales, un maintien extra-hospitalier de longue durée.

OBSERVATION N° 23 - FREU.... Joseph, né le 14 février 1931. Il est hospitalisé, le 8 février 1961, pour un syndrome schizophrénique à forme paranoïde dont le début remonte à plusieurs années.

Il exprime à son entrée un délire mystique, mal systématisé, avec sentiment d'étrangeté, dit "se trouver soit sous l'influence de la Vierge, soit sous celle du démon", "avoir une tête de mort surmontée de fleurs..." Des idées délirantes à thème politique se mêlent étroitement aux idées mystiques et aux idées de filiation : "la Ste Clique et le Général Predel ont pris le pouvoir en Russie, sa mère est la fille du Tsar". On note en outre des bizarreries du comportement, une tendance autistique et un désintérêt pragmatique.

Le malade est traité par TEMENTIL et MAJEPTIL associés au NOZINAN. Progressivement l'état mental s'améliore, les idées délirantes s'atténuent puis disparaissent, le malade retrouve un intérêt pragmatique et une sortie d'essai peut être accordée quelques mois plus tard, sortie qui est prolongée en sortie définitive avec surveillance de post-cure pendant trois ans.

Surveillance de post-cure :

On note la persistance épisodique de petites atypies qui nécessitent la modification des traitements sans entraîner pour autant de réhospitalisation. Le malade est suivi tous les deux ou trois mois suivant son état pendant plusieurs années.

Malheureusement, une rechute plus importante au cours de l'année 1964 rend le malade hostile à toute poursuite thérapeutique et à toute visite d'hygiène mentale. Nous le perdons ainsi de vue, mais tout porte à croire qu'il a du être réhospitalisé dans un autre Etablissement.

OBSERVATION N° 24 - BOD.... Roger, c'est un ecclésiastique atteint de schizophrénie en 1955. Il est hospitalisé à deux reprises pour : indifférence, maniérisme, apragmatisme, désinsertion du réel, comportement exhibitionniste.

Il fut traité par cure de SAKEL, suivie de neuroleptiques permettant une légère amélioration de son état mental. Après la deuxième hospitalisation, durant laquelle le traitement ne fut que chimiothérapique, le malade est transféré à l'Hôpital Psychiatrique de Dinan le 1er mars 1961.

B - GROUPE II : MALADES SORTIS MAIS PROTÉGÉS

Nous venons de passer en revue dans un premier chapitre les observations de nos vingt-quatre schizophrènes entrés à l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire au cours des cinq dernières années. Ces malades constituent un groupe pour lesquels la thérapeutique chimiothérapique, si comme nous l'avons vu, ne s'est pas soldée que par des échecs puisque la plupart sont très améliorés, est demeurée toutefois insuffisante ne permettant pas de sortie définitive et de resocialisation véritable.

Nous nous proposons, dans ce deuxième chapitre, d'évoquer le cas de 20 autres malades qui eux, sont sortis au cours de ces cinq dernières années de référence. Parmi ceux-ci précisons que certains étaient de vieux schizophrènes dont l'hospitalisation remontait à une époque antérieure à 1961 mais que nous avons inclus dans notre cadre en raison de leur amélioration et de leur sortie au cours de la période qui nous intéresse. Il nous faut préciser de plus que, comme nous allons le voir, pas plus que la persistance de l'hospitalisation signait un échec de la thérapeutique, ces sorties définitives ne veulent pas dire toujours réussite complète. Cela tient, d'une part, comme nous l'avons exposé dans notre introduction, au fait que le choix de nos malades ne comprend que des sujets pour lesquels le diagnostic de schizophrénie ne peut faire de doute pour personne et, par conséquent, qu'il s'agit de psychose grave ; d'autre part, soucieux de vérité nous ne voulons pas considérer comme des réussites parfaites certains cas pour lesquels le devenir de nos malades demeure incertain, c'est notamment le cas du premier sous-groupe dans lequel nous avons cru bon de classer notre contingent de malades sortis.

I - Remissions permettant un placement en post-cure :

Nous avons là 5 malades. Deux parmi ceux-ci sont véritablement des post-cures puisqu'il s'agit de placement au Centre de Billiers (Morbihan).

Un autre en est une également, puisqu'il s'agit d'un étudiant envoyé à la Clinique Médico-psychologique de SCEAUX où il continue ses études.

Les deux autres n'ont été inclus dans ce groupe de post-cure qu'en ce sens qu'ils ne furent pas rendus réellement au monde extérieur, mais replacés dans les collectivités d'où ils venaient. Il s'agit de deux retours en Sanatorium.

II - Les rémissions familiales :

C'est le groupe le plus important comprenant 15 malades.

I - Les Rémissions ayant permis un placement en post-cure :

Dans l'important groupe de nos malades sortis après amélioration de leur état mental, mais amélioration insuffisante

toutefois pour leur permettre une autonomie socio-économique on peut distinguer un groupe de 5 malades qui ont quitté l'Etablissement pour se rendre dans d'autres collectivités : Sana, post-cure, Centre de réadaptation...

Deux d'entre eux sont des tuberculeux pulmonaires qui nous avaient été transférés du Sanatorium Départemental de Pouancé, en Maine-et-Loire, où un Psychiatre de l'Etablissement les avaient dépistés dans le cadre des consultations neuro-psychiatriques qu'il assure au Sana.

*
* * *

OBSERVATION N° 25 - HE.... Guénolé, né le 30 janvier 1936. Il a été hospitalisé le 11 mars 1965 pour un syndrome catatonique avec état de semi-mutisme, faciès figé, rires inadaptés, conservation des attitudes, tendances négativistes.

Atteint de tuberculose pulmonaire non excavée et non bacillifère il suivait un traitement antibiotique associé de P.A.S. et RIMIFON. Il existait en outre, à l'examen cardiaque, un petit souffle systolique de la pointe avec bradycardie sinusale.

C'est un refus d'aliments qui a provoqué son admission à Sainte-Gemmes-sur-Loire et un traitement de neuroleptiques sédatifs a été institué (LARGACTIL) conjointement à quelques séances de sismothérapie. Ce traitement a permis rapidement de débloquent l'état de mutisme, sans pour autant modifier le comportement négativiste du malade.

Une chimiothérapie plus incisive a été alors prescrite sous forme de MAJEPTIL et l'état mental s'est progressivement amélioré parallèlement à l'état général et à la reprise pondérale.

La sortie définitive a pu être prononcée dans de bonnes conditions puisque le malade était assuré des soins indispensables à son état pulmonaire et d'une surveillance de post-cure avec continuation des neuroleptiques incisifs. Cette sortie, par réintégration en Sanatorium de Pouancé, date de plus d'un an et le Médecin-Directeur de cet établissement nous écrit dernièrement :

"M. HE.... Guénolé est toujours présent au Sanatorium de Pouancé. Son état mental se maintient bien et s'est même amélioré. Le malade est très détendu et a même des contacts presque normaux avec son entourage".

OBSERVATION N° 26 - Elle concerne M. GOU.... Paul, né en 1932, transféré également du Sanatorium de Pouancé.

Il nous est envoyé pour un syndrome discordant avec parasitisme mimique, troubles du cours de la pensée, barrages, ri-

res immotivés, soliloquie, désintérêt affectif, tendance à l'isolement, troubles du comportement en milieu sanatorial.

Il s'agit d'un schizophrène, tuberculeux pulmonaire, mais à la différence du précédent qui était à sa première manifestation pathologique mentale, celui-ci avait déjà été traité en milieu psychiatrique au cours des années 1954 et 1960.

La même association d'antibiotiques spécifiques et de neuroleptiques incisifs et sédatifs (TEMENTIL et LARGACTIL) a permis une amélioration de l'état général et de l'état mental avec retour au sanatorium de Pouancé où la surveillance et la thérapeutique ont pu être poursuivies dans d'excellentes conditions. Une intervention chirurgicale thoracique a même pu être effectuée peu après son retour dans cet Etablissement et l'état mental, stabilisé par le traitement, ne s'est pas modifié.

Les deux malades suivants ont bénéficié d'un placement au Centre de Post-cure et de Réadaptation Agricole de Billiers dans le Morbihan.

OBSERVATION N° 27 - GOD.... Roger, né en 1936. Il est hospitalisé dans notre service, le 20 février 1962, après un séjour au Val de Grâce où il a été réformé pour : syndrome schizophrénique.

On notait à l'entrée une indifférence affective manifeste avec apragmatisme, désintérêt, parasitisme mimique et tendance autistique. Le contact était difficile et imparfait. Aucune idée délirante n'était exprimée spontanément ni au cours de l'entretien.

Il fut traité d'emblée par MAJEPTIL à dose croissante jusqu'à 120 gouttes par jour mais, à la suite d'une affection intercurrente, le traitement dut être arrêté.

Quelque temps après, le malade manifestait un délire incohérent à type d'influence et exprimait confusément des idées de persécution : "on a voulu me rendre tubar... les sorcières de Marakech, c'est à mon sein à moi... On m'a accusé de sodomie...".

On institue un nouveau traitement de MAJEPTIL-TERFLUZINE suivi d'HALOPERIDOL qui apporte une sédation des troubles, une amélioration du contact et du comportement social, une reprise de l'activité pragmatique et un retour à une affectivité sub-normale, à tel point qu'une demande de placement au Centre de Billiers a pu être faite en 1965. La sortie pour cet Etablissement fut prononcée, le 18 octobre et le malade y est encore actuellement.

OBSERVATION N° 28 - Le deuxième malade ayant bénéficié d'un placement à Billiers, LAND.... Bernard, est originaire de la Vendée.

Né en 1944, il fut hospitalisé à 18 ans, soit en octobre 1962. Il présentait alors, à son entrée, un syndrome schizophrénique qui a pu être stabilisé par un traitement neuroleptique à base de NOZINAN.

De comportement passif, il manifestait peu d'intérêt pour un métier manuel ayant poursuivi ses études jusqu'à l'âge de 17 ans. Néanmoins, placé dans le service d'ergothérapie, il se comportait de façon satisfaisante si bien qu'il était possible d'envisager son orientation au Centre de Post-cure et de Réadaptation Agricole de Prière à Billiers.

Il convient de noter, en outre, que ce malade présentait d'importants antécédents psychopathiques familiaux : un frère mongolien, un autre traité pour psychose aiguë il y a quelques années et un père névropathe.

Le malade est toujours à Billiers où une visite récente, nous a permis de constater le maintien de sa stabilité mentale et sa bonne réadaptation.

OBSERVATION N° 29 - MAC.... Jean-Marc, né en 1941, étudiant des Arts et Métiers, placé dans notre service le 21 mai 1965, après avoir présenté depuis deux ans, plusieurs accès dépressifs atypiques avec préoccupations sexuelles et petites tendances autistiques.

On note une prédominance de l'anxiété et du pessimisme mais l'apragmatisme et le désintérêt, l'ébauche d'automatisme mental, la recherche de l'isolement ont finalement orienté le diagnostic vers celui de schizophrénie.

Le malade a du être traité tout d'abord par des neuroleptiques sédatifs puis on eut recours à des neuroleptiques plus incisifs, tels MAJEPTIL et TEMENTIL. Une amélioration sensible de l'état mental a permis d'envisager une demande de placement à la Maison Universitaire Médico-Psychologique de Sceaux, en vue de la poursuite de ses études et de sa réadaptation.

2 - Les rémissions familiales :

C'est là, comme nous l'avons souligné plus haut, le groupe le plus important puisqu'il se constitue de 14 malades. Il s'agit de sujets ayant pu obtenir leur réadmission au sein de la famille et y ayant trouvé un certain équilibre, avec ou sans reprise d'une certaine activité pragmatique, mais tout en demeurant très dépendant du milieu familial.

Huit d'entre eux vivent sans activité utilitaire appréciable mais aussi sans anomalies du comportement, en bonne harmonie avec leurs parents. La plupart sont suivis régulièrement dans les Centres de Prophylaxie Mentale du Département et ce, pour certains d'entre eux depuis plusieurs années.

OBSERVATION N° 30 - FIC.... Michel, a quitté le Département pour se rendre chez sa mère a Nîmes. Il était entré à l'Hôpital Psychiatrique, le 30 juillet 1956; à l'âge de 26 ans, mais les premiers troubles remontaient à l'adolescence.

Lors de son hospitalisation il travaillait dans la région Saumuroise comme ouvrier champignoniste. Il présentait à son entrée tous les symptômes d'une schizophrénie évolutive à forme hébéphréno-catatonique avec apragmatisme total, dissociation, barrage de la pensée, gestes absurdes et bizarreries du comportement. Il fut traité par cure de SAKEL et CARDIOZOL puis, en 1958, par LARGACTIL à dose moyenne suivi d'un traitement par le NOZINAN avant d'être mis au MAJEPTIL en 1963.

On notait déjà, au cours du premier traitement de neuroleptiques sédatifs, une importante amélioration qui permettait la reprise d'un travail dans le cadre de l'Hôpital. Toutefois, après un essai d'occupation au jardinage on observait une nouvelle période d'inaction qui subsista jusqu'à son départ. Cependant, il convient de noter une reprise des relations affectives et familiales des plus normalisées permettant la sortie dans des conditions satisfaisantes en 1964.

Depuis, la mère nous a fait connaître, dans une correspondance ultérieure que son fils continuait à suivre son traitement très régulièrement et que tout allait bien.

*
* *
*

Une réinsertion familiale de qualité à peu près semblable a pu être observée chez le malade suivant :

OBSERVATION N° 31 - AZ.... Emmanuel, fut hospitalisé à trois reprises, la première fois, le 10 juillet 1964, pour une durée de cinq mois et demi.

Il s'agissait d'un syndrome schizophrénique apparu chez un sujet d'origine gitane, antérieurement traité à l'Hôpital Psychiatrique de Nantes par neuroleptiques majeurs avec un succès partiel.

On constatait, lors de son admission, un parasitisme mimique important, de nombreux arrêts dans le cours de la pensée, un comportement autistique avec désintérêt, apragmatisme, mauvais contact, quelques mouvements stéréotypés. Il était persuadé que par certains gestes ou attitudes il pouvait "rétablir un équilibre nerveux gravement perturbé par sa chute d'un arbre sur les parties sexuelles".

Il fut traité par les neuroleptiques fluorés incisifs en l'occurrence, la FLUPHENAZINE associée au MELLERIL à dose relativement modérée de 150 mg. par jour de chacun des deux produits.

Devant l'amélioration insuffisante des troubles, un changement de traitement est effectué et le malade, mis au MAJEPTIL et TÉMENTIL, obtint trois mois plus tard une première sortie.

Il devait être réintégré quelque temps après, à la suite d'un arrêt du traitement et d'une rechute de l'état mental. On notait alors une impression de bizarrerie et de transformation corporelle.

L'association FLUPHÉNAZINE-MÉLLERIL était reprise à doses progressivement croissantes jusqu'à un maximum de 400 mg. par jour. Elle permettait une très nette détente avec disparition des stéréotypies et de l'autisme, reprise du contact et même des occupations. La sortie était accordée, le 30 Avril 1965.

La dernière hospitalisation survenait après une ingestion massive de médicaments neuroleptiques. Le malade n'exprimait pas d'idées de suicide ni de souffrance morale, mais nous apprenions qu'une nouvelle fois, il n'avait pas suivi régulièrement son traitement. La simple reprise de l'association FLUPHÉNAZINE-MÉLLERIL, selon les modalités antérieures permettait, récemment, la sortie du malade avec promesse de la famille d'une surveillance efficace de l'application du traitement et d'un contrôle régulier de prophylaxie mentale.

Les deux observations suivantes sont des exemples de rémissions familiales à long terme, puisqu'elles font état de malades suivis depuis plusieurs années en Dispensaire d'Hygiène Mentale et vivent en bonne harmonie avec un milieu familial satisfaisant.

OBSERVATION N° 32 - OUV.... Maurice. C'est un ouvrier agricole, né le 7 Janvier 1929. Il fut hospitalisé le 8 Mai 1956 pour un syndrome hébéphréno-catatonique. On note une lourde hérédité psychopathique : mère débile mentale ; frère schizophrène, placé dans le service depuis plusieurs années.

A son entrée, Maurice exprime des idées de persécution, avec ralentissement psycho-moteur, semi-mutisme, apragmatisme complet. Il est traité successivement par une cure de SAKEL qui est mal supportée et doit être arrêtée au bout de 16 comas, sans résultats, puis par du LARGACTIL à dose modérée, augmentée par la suite jusqu'à la dose de 300 mg. par jour. Ce traitement permet une sortie d'essai au début de 1961, transformée en sortie définitive, le 23 Mars de la même année.

Depuis cette époque, il est suivi régulièrement dans le cadre du Dispensaire d'Hygiène Mentale de Cholet, d'abord tous les deux mois puis tous les trois mois. Au cours de ces 22 consultations qui ont lieu depuis sa sortie, consultations auxquelles il vient toujours accompagné de son père, le traitement est reconduit avec, toutefois, quelques modifications dans les pres-

criptions neuroleptiques.

Ainsi, le LARGACTIL est remplacé d'abord par la THIORIDAZINE, celle-ci étant associée depuis six mois à du NOZINAN.

L'état mental du malade demeure satisfaisant et n'a jamais nécessité de réhospitalisation. La mère étant décédée, il vit seul avec son père, lequel continue à assurer la subsistance du foyer et la surveillance du traitement. Il mène une vie simple et tranquille sans grande activité certes, mais sans anicroches. Sa dernière présentation au Dispensaire d'Hygiène Mentale remonte au 17 mars 1966.

OBSERVATION N° 33 - MOU.... Raymond, né le 12 octobre 1927. Il est hospitalisé pour une schizophrénie délirante avec syndrome d'automatisme mental, phénomène d'emprise de la pensée, commentaire de la pensée et des actes, idées de persécution mal systématisées, fond de débilité mentale, sub-anxiété, tachycardie, troubles vaso-moteurs.

Il est traité par électrochocs, suivis d'une cure de SAKEL, (30 comas), puis après un essai du LARGACTIL à la dose de 300 mg. par jour, une nouvelle cure insulinique est instituée à raison de 64 sub-comas.

Malgré ces divers traitements l'état mental demeure inchangé. On note toujours de nombreux phénomènes psycho-sensoriels très actifs avec automatisme mental, soliloquie, préoccupations sexuelles : "l'Aumônier lui dit de ne rien cacher... La télévision lui fait de nombreux reproches, on parle de lui et de ses relations sexuelles avec Melle Paule Char....".

Une association de LARGACTIL et de NOZINAN modifie peu le tableau clinique, par contre, la prescription de TERFLUZINE amène une atténuation des divers phénomènes parasites, hallucinatoires et délirants et une reprise de l'activité pragmatique avec travail et jardinage.

Des permissions sont alors accordées et le malade peut sortir le 1er octobre 1962, avec un triple traitement de TERFLUZINE - LARGACTIL - NOZINAN. Il vit, depuis, seul avec sa mère, venant régulièrement tous les 3 mois au Dispensaire d'Hygiène Mentale de Trelazé et au cours des 18 consultations qui ont eu lieu, le même état de stabilisation de l'affection a pu être observé. La thérapeutique est demeurée la même et Raymond s'occupe dans son jardin et à divers travaux domestiques.

*

* *

Les deux observations suivantes sont celles de malades qui, après un premier séjour hospitalier, ont été suivis en

Dispensaire, puis ont dû être réhospitalisés en raison d'une recrudescence des troubles et sont maintenant de nouveau "extériorisés".

OBSERVATION N° 34 - SAL.... Henri, né le 29 octobre 1929. Il est hospitalisé le 6 janvier 1959, pour une schizophrénie délirante avec apragmatisme total, mais comportement pervers. Il aurait eu, notamment, des rapports sexuels avec des volatiles qu'il cachait dans son lit.

Il s'agit d'un sous-officier de carrière, pensionné à 100 % après un traitement de quelques mois dans un quartier psychiatrique de l'Hôpital Militaire de Rennes.

Il est d'abord traité par cure de SAKEL jusqu'à concurrence de 30 chocs humides, suivie d'un traitement de LARGACTIL puis d'une association LARGACTIL-NOZINAN-NIAMIDE. Le comportement hospitalier s'améliore progressivement avec reprise de l'activité, le malade s'occupant dans le service à la vaisselle et au ménage, s'intéressant à l'entourage, participant aux jeux et suivant régulièrement les émissions de sport. Peu à peu, le contact avec la famille est repris et une sortie d'essai est tentée, le 18 mai 1961, transformée en sortie définitive trois mois plus tard.

Surveillance de Post-cure :

Il est suivi au Dispensaire d'Angers de façon régulière, à raison d'une consultation tous les deux mois. Il s'y présente en compagnie de sa mère. Le traitement neuroleptique est poursuivi normalement. Nous apprenons, en outre, qu'il s'occupe de son jardin, va fréquemment à la pêche et s'intéresse au Sport.

Réhospitalisation :

Elle a lieu, le 13 janvier 1965, à la suite d'une expérience délirante récente avec interprétations diverses, suppositions pathologiques, impressions que les gens le regardent et lui manifestent de l'hostilité. On note une inquiétude diffuse avec crises de larmes, des troubles du cours de la pensée et un nouveau repli autistique.

Le traitement est radicalement modifié à la faveur de la nouvelle hospitalisation. On prescrit l'association FLUPHENAZINE - MELLERIL jusqu'à 100 mg. par jour, ce qui permet une régression rapide des troubles avec sortie le 6 février 1965, soit 25 jours après la date d'entrée.

Depuis cette sortie, il est revu dans le cadre de la surveillance de Post-cure. Les bons résultats persistent. Le traitement de MODITEN peut même être diminué à 25 mg. le soir. Le malade s'occupe dans son jardin, suit les matches, s'intéresse au sport et aux spectacles télévisés.

L'intérêt de cette observation réside dans la substitution d'un traitement de neuroleptiques incisifs, au traitement

de neuroleptiques sédatifs à la faveur d'une réhospitalisation et l'on est frappé par la rapidité d'action et l'efficacité de la FLUPHENAZINE qui, dans ce cas précis, méritent d'être soulignés.

OBSERVATION N° 35 - de TER.... Bernard. Il est hospitalisé, le 19 juillet 1963, mais a déjà été traité en 1958 pour une schizophrénie évoluant depuis de nombreuses années avec préoccupations sexuelles, sentiment de culpabilité. Il est tourmenté par des perversités commises sur son propre corps : il s'est injecté, par voie rectale, deux litres d'eau froide avant de se masturber.

Le contact reste superficiel, l'apragmatisme est total et la tendance dépressive ne s'accompagne pas de véritable souffrance morale. Les propos sont vides de contenu affectif, l'attitude est figée, la mimique peu mobile.

Il suivait, avant son entrée, un traitement de LARGACTIL à dose modérée. Une cure de sismothérapie sous curare est entreprise, suivie de neuroleptiques majeurs : TEMENTIL et MAJEPTIL, associés puis MAJEPTIL - NOZINAN. On observe alors une détente avec amélioration de l'état mental, des permissions sont autorisées, première étape vers une sortie définitive qui est accordée le 21 novembre 1963.

Surveillance de Post-cure :

Le malade est suivi en Dispensaire d'Hygiène Mentale pendant une période relativement courte. On observe alors progressivement une nouvelle aggravation des troubles avec retour à l'inaction, reprise des préoccupations sexuelles et des sentiments de culpabilité.

Réhospitalisation :

Elle a lieu du 18 mars au 12 novembre 1964. Ce qui prédomine alors une tendance dépressive avec sentiment de culpabilité, idées d'incurabilité et apragmatisme total. D'emblée, une association de FLUPHENAZINE et MELLERIL est prescrite à laquelle on adjoint un anti-dépresseur, sous la forme de SURMONTIL en gouttes.

Peu à peu, les phénomènes parasites diminuent, l'anxiété s'atténue et disparaît tandis qu'une certaine activité peut être reprise dans le cadre du service d'ergothérapie. Enfin la sortie peut être accordée dans de meilleures conditions.

Nouvelles consultations de Post-cure :

Celles-ci, au nombre de huit, régulièrement espacées, au Dispensaire d'Hygiène Mentale de Cholet, nous permettent de constater la bonne rémission familiale obtenue. Lors du dernier entretien, nous apprenons qu'il s'occupe à quelques travaux, faisant du terrassement dans la propriété de sa famille et arrangeant la cour devant la maison. Il s'intéresse à l'actualité

télévisée, n'exprime plus ses préoccupations sexuelles, continue à prendre avec régularité ses médicaments, toujours constitués par FLUPHENAZINE, MELLERIL et SURMONTIL.

*
* *

Deux malades ont obtenu une rémission familiale simple sans occupations, dans ce milieu, mais sans présenter non plus d'anomalies du comportement de nature à entraîner une réhospitalisation. Tous les deux se présentent, tous les 2 ou 3 mois, au Dispensaire d'Hygiène Mentale d'où ils dépendent.

OBSERVATION N° 36 - JUS.... Jean, né le 4 octobre 1932. Il est atteint de schizophrénie d'évolution ancienne, extériorisant des idées délirantes de persécution non systématisées, décousues et peu cohérentes. Il est sorti depuis le 19 juin 1961, après un traitement de TEMENTIL et de NOZINAN. Ce malade fut suivi en dispensaire d'Hygiène Mentale jusqu'en juin 1962. Il continuait à prendre son traitement et vivait calmement dans un cadre familial paisible, le père tenant un commerce d'horlogerie. Au début de 1962, il suivait des cours post-scolaires d'horlogerie, mais il ne se présenta pas au C.A.P.

Nous n'avons pas revu ce malade depuis 4 ans, mais le père en donne des nouvelles de temps en temps et, en décembre dernier, il nous apprenait que son fils était sujet à des crises de colère, courtes et peu violentes, mais qu'il continuait à prendre ses remèdes avec régularité.

OBSERVATION N° 37 - BOU.... Hugues, né le 12 novembre 1931. Il fut hospitalisé, du 29 mars 1963 au 8 octobre 1964. Le début de ses troubles remonte à l'âge de 20 ans, après un échec au P.C.B.

Il fut alors hospitalisé dans plusieurs Etablissements de la région parisienne.

A son entrée au Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, il se montrait très discordant et dissocié avec comportement autistique. D'emblée, il fut mis à TEMENTIL et MAJEPTIL et il reprit progressivement un peu d'activité dans le service d'ergothérapie. Des permissions furent accordées et, sur la demande de la mère, sa sortie fut ordonnée, le 8 août 1964.

Depuis, il se présente de façon régulière au Dispensaire d'Hygiène Mentale. Le traitement est bien suivi et le comportement du malade donne toute satisfaction à la mère. Il demeure peu actif, mais ne présente aucune manifestation extérieure incompatible avec la vie sociale.

*
* *

Les six observations suivantes représentent un degré de réussite supérieur aux précédentes. Elles appartiennent à un groupe de malades qui ont obtenu, non seulement une bonne rémission familiale, mais encore sont parvenus à une reprise d'activité, plus ou moins partielle, bien sûr, mais pour certains d'entre eux très utilitaire dans le cadre de leur milieu.

Il convient de souligner que, pour quatre d'entre eux, les conditions sociales des parents permettaient des possibilités de réinsertion professionnelle partielle, avec une réadaptation meilleure. Il s'agissait en effet d'exploitations agricoles, cultivateurs ou fermiers, qui pouvaient ainsi offrir à leur fils handicapés une variété d'occupations simples.

Les deux autres appartiennent à des milieux différents. Ce sont eux que nous citerons d'abord, brièvement :

OBSERVATION N° 38 - JAM.... Guy, né le 15 janvier 1921. C'est un ancien instituteur, hospitalisé du 28 février 1963 au 30 mai de la même année. Il présentait un syndrome schizophrénique délirant à thème mystique prédominant, mal systématisé, mal structuré, avec imprécision et flou de la pensée.

Il avait d'abord été traité dans un service de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris où il avait été considéré comme "un très beau schizophrène" puis au Bon Sauveur de Caen où le même diagnostic de schizophrénie paranoïde était porté. Au cours du séjour dans notre Service, il fut traité par NOZINAN - MAJEPTIL et TEMENTIL. Son comportement se normalisa, son délire se tarit, et, conjointement, on put observer une reprise des relations avec son entourage, un désir de renouer des échanges épistolaires avec sa famille éloignée, enfin un retour à l'activité pragmatique qui se manifesta d'abord par de menus travaux dans le Service.

Il put rejoindre sa famille dans le Calvados en mai 1963 avec une lettre à son médecin traitant pour la poursuite de la thérapeutique neuroleptique. Quelque temps plus tard nous recevions de lui la lettre suivante :

"... Je suis heureux de vous annoncer mon retour à
"V.... Je continue le traitement, me soumetts à vos directives
"et tente de trouver un travail de bureaucrate tout en me maintenant en bonne forme.

Je vous remercie..."

OBSERVATION N° 39 - PIR.... Claude, né le 14 février 1934. Il est hospitalisé pour la quatrième fois, le 27 avril 1962, pour un syndrome schizophrénique avec état de semi-mutisme, barages du cours de la pensée, ébauche de catatonie. Il aurait exprimé quelques idées floues de persécution et aurait fait récemment une fugue à bicyclette. Lors des trois séjours précédents il a été traité par cure de SAKEL et un peu de LARGACTIL, puis

trois séries d'électro-chocs suivis d'un traitement par RESERFINE (1 comprimé à 1 mg. par jour).

Dès son entrée, dans notre Service en 1962, il reçut du MAJEPTIL et du NOZINAN accompagnés de quelques correcteurs. L'état physique et mental s'améliore alors très nettement, une certaine activité reprend progressivement à l'intérieur du pavillon et, au cours de l'été, une permission est accordée précédant la sortie définitive qui a lieu le 15 Septembre 1962.

Traitement de Post-cure :

D'abord suivi trois mois de suite au Dispensaire d'Hygiène Mentale de TRELAZE, l'amélioration persistante autorise à espacer les visites à raison de une, tous les deux mois. Nous avons pu suivre ainsi son état au cours de 24 consultations. Le traitement de début a été maintenu en ce qui concerne le MAJEPTIL à XX gouttes un jour sur deux. Par contre, le NOZINAN, a pu être diminué de 150 mg. à 50 mg. le soir.

Bien qu'il appartienne à un milieu n'offrant pas de possibilités de travail suffisantes pour une réadaptation professionnelle du malade, celui-ci réussit, comme nous l'apprenions encore récemment, à s'occuper de façon suffisamment utilitaire dans son cadre familial pour que nous puissions le classer dans nos réussites socio-professionnelles.

Il travaille, en effet, de façon très efficace dans le jardin de ses parents et bricole à différents travaux comme, par exemple, casser du bois. Le dimanche il se promène avec ses parents dans la campagne ou regarde la télévision, s'intéressant particulièrement aux pièces de théâtre. En raison de cette disparition remarquable des troubles il est permis d'espérer qu'une réinsertion professionnelle plus complète pourra survenir dans l'avenir.

OBSERVATION N° 40 - BOU.... Jean, né le 16 Mars 1937. Il fut hospitalisé, le 16 Mai 1961, à la suite d'un épisode d'excitation avec agitation et tendance agressive qui, après disparition, a laissé place à un syndrome dissociatif schizophrénique avec apragmatisme, indifférence affective, tendance autistique, désintérêt et attitude figée. La famille nous apprend qu'il avait été traité précédemment dans une clinique privée à Nantes et au cours du service militaire dont il fut réformé, sans pension, pour troubles mentaux.

Au cours de son séjour à Sainte-Gemmes, un traitement de TERFLUZINE, seule, fut institué d'emblée avec, seulement, adjonction de correcteurs antiparkinsonniens. Malgré la persistance d'un certain ralentissement, le malade a pu reprendre progressivement une activité de jardinage. En même temps, il manifestait plus d'intérêt pour l'entourage et pour les visites familiales. La sortie put être accordée le 22 Mai 1963.

Surveillance de Post-cure :

Depuis qu'il est dehors, le malade est vu de façon régulière au Dispensaire d'Hygiène Mentale de Cholet, mais, en raison des troubles secondaires à type de Parkinsonnisme avec crises oculogyres, le traitement a dû être modifié, surtout dans sa posologie primitive. Divers correcteurs adjoints aux neuroleptiques ont permis d'éliminer le syndrome akinéto-hypertonique et, lors de sa dernière visite, le malade nous apprenait qu'il s'occupait, travaillant un peu à l'étable le matin, aidant son père dans les champs l'après midi. Malheureusement, un doute persiste quant à l'avenir de ce malade, en dépit de cette excellente rémission, car les parents, déjà âgés, doivent quitter leur ferme en avril 1967.

OBSERVATION N° 41 - PET.... Antoine, né en 1939, est d'un milieu cultivateur. Il fut hospitalisé à deux reprises, en 1964 et 1965, dans notre Service de l'Hôpital Psychiatrique. Il s'agit d'un pensionné militaire ayant déjà été traité deux fois à l'Hôpital Psychiatrique Charcot à Plaisir (S.&O) qui présentait, depuis son service militaire, des troubles psychopathiques atypiques faisant penser à une évolution schizophrénique.

Il avait donc suivi un traitement d'électrochocs et de neuroleptiques ayant permis une reprise d'activité quotidienne pavillonnaire, mais laissant subsister un contact très superficiel difficile et insuffisant.

Il nous fut transféré du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers où il était, à la suite d'une intoxication volontaire par neuroleptiques et il exprimait alors des idées saugrenues et bizarres. Le diagnostic de schizophrénie, évoqué précédemment, fut confirmé lors du séjour au Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes-sur-Loire par les nombreux éléments discordants de son comportement.

Un traitement de FLUPHENAZINE associé au MELLERIL permit une amélioration sensible de son état mental avec possibilité de sortie au bout de six semaines, sortie malheureusement effectuée dans un milieu familial mal structuré et peu sécurisant.

Un mois plus tard, le malade était réintégré à l'Hôpital Psychiatrique après une pseudo-tentative de suicide et réactions agressives à l'encontre de son entourage. Il présentait alors un comportement figé avec semi-mutisme et suggestibilité. Le traitement de MELLERIL fut repris mais sans adjonction de FLUPHENAZINE en raison des troubles secondaires importants apparus chez ce malade et attribués à ce dernier médicament.

Une plus longue hospitalisation fut alors nécessaire pour obtenir une amélioration relative de l'état mental qui permit malgré tout au malade de quitter le service six mois plus tard, avec un traitement de MELLERIL associé à de l'ARTANE en raison de quelques éléments parkinsonniens

Surveillance de Post-cure :

Elle eut lieu d'abord à l'Hôpital Psychiatrique où le malade se présentait avec son père, puis au bout de trois consultations, elle s'effectua au Dispensaire d'Hygiène Mental de Saumur.

Depuis, le traitement de MÉLLERIL est suivi assez régulièrement, est bien toléré, et le malade, après un essai infructueux chez un employeur à de menus travaux de jardinage, s'occupe maintenant dans son milieu familial où son adaptation se maintient de façon satisfaisante malgré des conflits épisodiques avec un frère également psychopathe.

OBSERVATION N° 42 - PAP.... Jean. C'est également un schizophrène réformé de l'armée en 1958. Il présentait alors "un délire atypique récidivant avec syndrome d'influence, divulgation de la pensée, séquelles de fracture par balle para-symphysaire droite, maxillaire inférieur avec perte de substance, cicatrice vicieuse de la lèvre inférieure".

Il fut hospitalisé dans notre Service à deux reprises : la première fois du 10 Avril 1963 au 3 Janvier 1964, pour un syndrome schizophrénique avec dissociation, hallucination et délire, affectivité émoussée, désintérêt à l'égard de sa famille, sentiment de modifications corporelles.

Traité par MAJEPTIL et TÉMENTIL associés, il put quitter le service après une amélioration sensible et rejoindre son milieu familial.

Surveillance de Post-cure :

Elle fut très efficace pendant deux ans et demi dans le cadre du Dispensaire d'Hygiène Mentale de Cholet. Le même traitement fut poursuivi au début, puis modifié ; le MÉLLERIL remplaçant le TÉMENTIL. 18 consultations de Post-cure ont été assurées au cours de ces trente mois.

La deuxième hospitalisation fut la conséquence d'une rechute, survenue en Mai 1966. La reprise d'un traitement de MAJEPTIL et TÉMENTIL à dose plus élevée permit un rapide rétablissement. Le malade put alors quitter le service le 25 Juin dernier, nettement amélioré et une nouvelle surveillance de Post-cure est actuellement assurée.

OBSERVATION N° 43 - GUI.... Marcel, né en 1932. C'est un ancien séminariste vivant dans un milieu d'agriculteurs.

Il est atteint d'un syndrome hébéphréno-catatonique évoluant depuis l'âge de 20 ans et ayant entraîné une première hospitalisation de 4 années en milieu psychiatrique, de 1956 à 1960.

A cette époque, il présentait un apragmatisme avec désintérêt, catatonie, impulsivité et négativisme. Il fut traité

té par cure de SAKEL (50 comas) suivie d'un traitement de LARGACTIL à dose moyenne de 50 mg. puis de 150 mg. par jour que l'on associa en avril 1960 à du NOZINAN

Cette modification apporta une légère amélioration avec reprise d'un petit travail dans le cadre de l'Hôpital et, après un congé d'essai de 3 mois, le malade était rendu à son milieu familial.

Pendant deux ans, il fut suivi en post-cure d'Hygiène Mentale à Cholet. Il semblait prendre régulièrement son traitement, mais en août 1962, il dut être hospitalisé de nouveau à la suite de troubles du comportement, commettant des actes saugrenus et sans motivation "il se dénuda dans son village, cessa de prendre son traitement".

A son entrée, on notait un parasitisme mimique, des barrages, un syndrome discordant. Il fut alors traité par Lévomepromazine et MAJEPTIL puis TRILIFAN puis TERFLUZINE et, enfin, depuis mars 1964, par l'association FLUPHENAZINE-MELLERIL à la dose de 150 mg. de chacun de ces deux produits par jour. Ce dernier traitement permit de mettre fin à une longue poussée d'évolution schizophrénique au cours de laquelle le malade avait été profondément affecté dans son état physique général.

Devant cette amélioration relative certes, mais encourageante, une série de permissions fut accordée en milieu familial durant presque un an et celles-ci se passant sans incident, une sortie d'essai de quatre mois fut accordée en novembre 1964, puis transformée en sortie définitive en mars 1965.

Depuis un an et demi maintenant, le malade vient en consultation à l'Hôpital Psychiatrique très régulièrement, selon un rythme qui fut d'abord d'une visite par mois et qui est maintenant d'une tous les deux mois. Son état mental est analysé à chacune de ses venues, minutieusement, l'ordonnance est renouvelée et, malgré la gravité des troubles antérieurs, l'amélioration obtenue persiste. Chez lui, le malade s'occupe de façon épisodique certes, mais il ne présente pas d'anomalies particulières du comportement et il participe d'une façon relative à la vie des siens.

Nous terminerons l'exposé des observations de nos malades sortis, mais sans autonomie vraie, par une observation qui nous a paru significative de l'intérêt de la surveillance étroite de post-cure en dispensaire et de l'institution d'une thérapeutique régulièrement suivie pour le maintien d'une bonne stabilité chez certains schizophrènes très améliorés.

OBSERVATION N° 44 - BOC.... Serge, né le 1er mai 1932. Il exerçait la profession de coiffeur dans une commune proche de Saumur. Il est marié et père de quatre enfants.

Il fut hospitalisé pour la première fois le 30 avril 1959, pour un syndrome schizophrénique à forme paranoïde se tra-

duisant par un délire de persécution et un délire mystique avec hallucinations auditives : "il reçoit des messages surnaturels l'obligeant à partir". Ce délire flou, mal systématisé se greffait sur un fond dissociatif avec impression de modification de la personnalité et troubles de l'affectivité.

Cet état schizophrénique fut traité par électro-chocs suivis de 40 comas insuliniques, puis par une cure de neuroleptiques de NOZINAN, TEMENTIL, à dose modérée, traitement qui permit une sortie d'essai le 1er décembre 1960.

Surveillance et traitement de Post-cure d'Hygiène Mentale :

Cette surveillance s'effectua au dispensaire d'Hygiène Mentale de Saumur où elle se continue encore depuis cinq ans et demi.

Suivi tous les mois ou tous les deux mois l'état mental de Serge à toujours été minutieusement observé de façon à modifier, en conséquence, le traitement ambulatoire, ce qui fut fait à plusieurs reprises, lorsque quelques malaises ou quelques atypies ou parasitisme idéique se manifestèrent.

Ainsi, le traitement de sortie, fait de NOZINAN et TEMENTIL à dose modérée, fut parfois augmenté dans sa posologie et, plus tard, des neuroleptiques trifluorés, telle la TERFLUZINE furent adjoints à la thérapeutique existante. Ces modifications évitèrent -du moins, il nous est permis de le penser- toute nécessité de réhospitalisation.

Jusqu'à ce jour cinquante quatre consultations peuvent être dénombrées, et M. BOC.... continue, entre son épouse et ses enfants, une vie familiale harmonieuse à laquelle il participe effectivement. Nous devons, par honnêteté, noter que malheureusement il n'a pu encore reprendre une activité professionnelle rémunératrice.

*

*

*

C - GROUPE III : REINSERTIONS SOCIO-PROFESSIONNELLES

Ce troisième et dernier des groupes, dans lesquels nous avons rangé nos malades, est certes le moins important quant au nombre puisque, sur 53 malades que nous présentons, il n'en compte que 8, mais il réunit nos meilleurs résultats puisqu'il s'agit là de réinsertions socio-professionnelles, de sujets ayant repris une vie et une activité, sinon parfaite, tout au moins sub-normale et, par conséquent, satisfaisante.

Pour la plupart, il s'agit d'individus issus de milieux ruraux et la qualité des résultats obtenus tient certainement en grande partie à ce facteur. En effet, les besoins multiples et variés qu'offre la vie d'une ferme rendent ces milieux particulièrement propices à une bonne réadaptation. D'autant plus que d'une part ces travaux, des plus simples aux plus compliqués, entrent dans le cadre d'une oeuvre collective, c'est le travail d'une équipe dans lequel le malade se sent réintégré, donc réadaptation sociale et, d'autre part, cette équipe étant fréquemment familiale, il existe en plus une réadaptation affective non négligeable. Ceci est surtout vrai pour cinq d'entre eux qui ont repris leur activité dans l'exploitation agricole parentale. Un autre, moins privilégié travaille comme ouvrier agricole et comme manoeuvre dans une communauté, le septième est employé dans un établissement industriel ; le huitième, pensionné militaire, n'exerce aucune profession, mais l'intérêt de son observation réside dans le fait qu'il se soit marié depuis sa sortie et mène, actuellement, une vie familiale harmonieuse.

*

* *

OBSERVATION N° 45 - DUP.... Joseph, né en 1929. Il est entré à l'Hôpital Psychiatrique en février 1964 et en est sorti en août de la même année.

C'est à l'âge de 19 ans qu'apparurent ses premiers troubles mentaux, troubles qui nécessitèrent plusieurs placements en cliniques privées.

A son entrée à l'Hôpital Psychiatrique, on notait un syndrome catatonique avec mutisme et idées d'ensorcellement. Il fut traité par HALOPERIDOL et NOZINAN en association.

Depuis sa sortie, il a repris une activité modérée dans l'exploitation agricole de son père. Son humeur est stable, mais il demeure toutefois un peu figé. Il continue à prendre son traitement de façon assidue et est suivi, en post-cure d'hygiène mentale au Dispensaire de Cholet. Il s'est présenté neuf fois jusqu'à maintenant, toujours accompagné de son frère. Celui-ci semble toujours satisfait du comportement social et professionnel du malade et, au cours de ces différentes consultations, il n'a pas été noté d'aggravation d'aucune sorte.

OBSERVATION N° 46 - JES.... Joseph. Il a été admis dans notre Service, le 14 décembre 1961. Il présentait alors une schizophrénie à forme paranoïde avec nombreuses hallucinations auditives verbales, automatisme mental, impression de dédoublement partiel de la personnalité. Des thèmes mystiques et de persécution prédominaient avec une attitude de méfiance et d'opposition. Il était de comportement autistique, mais il nous était signalé qu'il avait toujours été de caractère renfermé et schizoïde.

D'emblée, il lui fut prescrit un traitement de TERFLUZINE et de NOZINAN. Deux mois plus tard on notait la disparition des phénomènes délirants et hallucinatoires mais sans critique de leur caractère pathologique.

La reprise du travail dans le cadre hospitalier et la poursuite du traitement permettaient une meilleure socialisation du malade et une rémission importante du syndrome schizophrénique.

En juin 1962, la sortie était décidée et l'on autorisait un travail à mi-temps, pendant quelques mois. Le malade revu en post-cure à l'Hôpital Psychiatrique présentait quelques troubles secondaires, dus aux neuroleptiques, troubles qui furent corrigés par la prescription d'antiparkinsonniens et, au bout de six mois, la famille nous signalait un rendement professionnel évalué à 75 % environ. Le traitement était régulièrement suivi et nous apprenions récemment, par son médecin traitant, que le malade menait une vie sensiblement normale, travaillant assidument dans l'exploitation agricole de son frère.

OBSERVATION N° 47 - DUV.... Gustave, il fut hospitalisé à l'âge de 21 ans, le 28 août 1961. Le début de ses troubles remontait à son service militaire au cours duquel il présenta une crise d'excitation psychomotrice intense, avec agressivité, troubles du comportement, fugue et tentative de suicide. Il fut alors hospitalisé à RENNES et traité par une cure de SAKEL suivie d'une rémission relative.

A son entrée dans notre service, il se montre sub-excité, sthénique, présentant de nombreuses atypies et une discordance affective avec sentiment de dépersonnalisation et idées d'influence : "une jeune fille l'a démagnétisé récemment". Il tient des propos contradictoires et reste dans un désintérêt pragmatique complet.

Il est alors traité par MAJEPTIL et HALOPERIDOL associés, traitement poursuivi d'abord à doses progressivement croissantes puis maintenues stationnaires jusqu'à la fin de son séjour.

Une amélioration sensible commence à se manifester au bout de trois mois. Le malade cherche alors à s'occuper, travaille dans les jardins de l'Hôpital, s'intéresse aux visites de sa famille et réclame des permissions et sa sortie. Celle-ci est accordée fin février 1962 et, depuis cette date, le sujet a repris sa place dans l'exploitation familiale.

Depuis 4 ans et demi, il est très régulièrement suivi au Dispensaire d'Hygiène Mentale d'Angers, continuant son traitement de MAJEPTIL et HALOPERIDOL auquel on dut toutefois ajouter quelques correcteurs de type antiparkinsonnien.

Non seulement il travaille très normalement à la ferme familiale, mais encore passe ses loisirs comme les jeunes de son âge, sortant dans les fêtes avec des camarades, allant au bal et au cinéma, s'intéressant tout naturellement aux jeunes filles et n'ayant jamais présenté de rechutes, même partielle, depuis sa sortie.

OBSERVATION N° 48 - JAG.... Jean-Paul, c'est un jeune homme de 23 ans, actuellement, vivant également dans un milieu rural, mais à la différence du cas précédent où il s'agissait d'une première hospitalisation, il fut admis à trois reprises à l'Hôpital Psychiatrique.

Il n'avait que 15 ans lors de son premier séjour, celui-ci fut en fait de courte durée, mais ce, en raison du désir de la famille de la faire traiter dans un clinique privée. Il présentait à cette époque un état confusionnel avec semi-mutisme, refus d'aliments et phénomènes hallucinatoires, troubles qui ne cessèrent qu'après plusieurs électrochocs et une cure de SAKEL.

Lors du deuxième séjour en 1961, on notait un syndrome discordant avec parasitisme mimique, tendance autistique, rires immotivés, contact lointain et superficiel.

Traité par MAJEPTIL et NOZINAN associés son état mental et général s'améliore progressivement et la sortie survient cinq mois plus tard.

Pendant trois ans le malade, suivi régulièrement au Dispensaire de Saumur, exerce une activité sub-normale dans l'exploitation agricole de ses parents, puis à la suite d'une petite rechute, en rapport semble-t-il avec une diminution du traitement sur initiative personnelle de l'intéressé, il doit être réadmis au Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, en juillet 1964.

Le certificat d'admission fait état d'un syndrome schizophrénique avec troubles cénesthésiques, hypocondrie délirante, phénomènes psycho-sensoriels.

Il est alors traité d'emblée par FLUPHENAZINE et NOZINAN en association. Mais, deux mois après l'entrée on note la persistance de la conviction délirante. Il reste persuadé qu'on lui a mis un micro dans le ventre, ce n'est qu'au bout du troisième mois que la critique des troubles est obtenue et qu'il s'exprime ainsi : "C'est ridicule de penser que j'ai un micro, ça ne se peut pas...".

La posologie de chacun des deux neuroleptiques utilisés est alors de 100 mg. par jour. Parallèlement à cette disparition des idées délirantes, une activité pragmatique réapparaît le malade commence à s'occuper dans le service, puis à la ferme

de l'Hôpital et la sortie définitive est accordée, le 12 novembre 1964.

Depuis cette date, il se présente tous les deux ou trois mois au Dispensaire d'Hygiène Mentale de Saumur où il vient toujours accompagné d'un membre de sa famille. Il suit régulièrement son traitement, exerce sa profession de cultivateur chez ses parents, sort le dimanche avec des jeunes gens de son âge, s'intéresse aux différents spectacles, tant cinéma que télévision, se présente chaque fois souriant et détendu, menant ainsi, depuis 2 ans, une vie quasi normale.

OBSERVATION N° 49 - GOUZ.... Charles, est hospitalisé une première fois en octobre 1962. Il se présente alors pour un syndrome catatonique, semi-mutisme, ralentissement idéo-moteur, troubles du cours de la pensée avec barrages, petit automatisme mental, émoussement affectif, désintérêt pragmatique et idées de transformation corporelle. On note en outre, d'importants antécédents psychopathiques familiaux.

Il est traité par sismothérapie associée aux neuroleptiques incisifs, puis TERFLUZINE et NOZINAN seuls. Après amélioration et reprise d'activités dans le service, il obtient plusieurs congés au sein de sa famille avant que soit prononcée une sortie définitive, en mai 1963.

Il est alors suivi au Dispensaire d'Hygiène Mentale pendant plus d'un an, puis, à la suite d'une rechute, réhospitalisé en novembre 1964 dans un état de semi-mutisme avec nombreuses atypies.

Cette fois nous faisons appel à l'association FLUPHÉNAZINE - MELLERIL, progressivement élevée à la dose moyenne de 150 mg. par jour de chacun de ces deux neuroleptiques, dose que nous abaissons petit à petit et au fur et à mesure de l'amélioration du malade. On assiste à une détente progressive avec reprise de l'activité dans le service d'ergothérapie et la sortie est acceptée le 10 février 1966.

Depuis cette date, il est revu périodiquement d'abord en consultation de post-cure à l'Hôpital Psychiatrique, puis au Dispensaire d'Hygiène Mentale d'ANGERS.

Ses parents ayant une petite ferme, il s'y occupe donnant satisfaction par son travail, sortant le dimanche et participant aux loisirs habituels de la jeunesse rurale.

OBSERVATION N° 50 - HU.... Gustave. Il a été hospitalisé quatre fois depuis 1957. Lors du premier placement on portait le diagnostic de bouffée délirante atypique avec propos hermétiques, pensées floues et imprécises, émoussement affectif, nombreux thèmes délirants et, notamment, sentiment de modification de la personnalité avec idées de filiation.

Devant ce tableau on évoquait une schizophrénie proba-

ble, ce diagnostic se confirmait pleinement en 1964 et l'on notait une forme paranoïde évoluant sur un fond de débilité mentale.

Différents traitements furent successivement institués au cours des diverses hospitalisations, que nous énumérerons :

1er séjour : cure de SAKEL de 30 comas, suivie de LARGACTIL,

2ème séjour : NOZINAN seul,

3ème séjour : LARGACTIL à forte dose, traitement qui se révéla efficace et fut suivi d'une sortie plus prolongée,

4ème séjour : en 1964, traitement associé de FLUPHENAZINE - MELLERIL, jusqu'à 300 mg. par jour de l'un et de l'autre.

Au bout de deux mois l'amélioration nette, tant de l'état mental que de l'état général, permettait la sortie.

Depuis, le malade a repris une activité professionnelle suffisante pour subvenir aux besoins de sa famille. Il travaille comme journalier agricole, trois jours par semaine, s'occupant comme manoeuvre dans une Communauté religieuse du Beaugeois les trois autres jours.

La surveillance de post-cure s'effectue, sans incident, au Dispensaire d'Hygiène Mentale de Baugé.

OBSERVATION N° 51 - GUER.... Mohamed. Il fut admis à la suite d'un non lieu après expertise médico-légale, pour incendie volontaire. Il s'agissait d'un acte saugrenu, première manifestation pathologique d'un syndrome schizophrénique évoluant sur un fond de débilité mentale modéré chez un nord africain.

On notait à l'entrée des phénomènes psycho-sensoriels hallucinatoires et délirants et le malade exprimait quelques idées de persécution : "le Djoun m'a frappé dans la figure". Ces propos accompagnés de marmonnements inintelligibles, de rires immotivés, d'une tendance autistique manifeste et d'une affectivité émoussée.

Entré, le 12 novembre 1964, il fut traité d'emblée par l'association FLUPHENAZINE - MELLERIL à la dose de 100 mg. par jour de chaque et, au bout de trois mois, une amélioration apparut avec atténuation des troubles permettant la reprise d'une activité à la cuisine de l'Hôpital Psychiatrique. Il s'occupa ainsi régulièrement jusqu'à la fin de son séjour au Centre Psychothérapique départemental et sortit en juin 1965 pour se rendre près de son cousin à Vierzon dans le Cher, où il reprit son emploi aux Etablissements Industriels SIMAC.

En raison du changement de département il n'a pas été possible de suivre ce malade en post-cure.

OBSERVATION N° 52 - BIL.... Yves, né le 23 juillet 1939. Cette observation constitue un cas un peu particulier puisqu'il s'agit du seul malade qui, malgré une atteinte schizophrénique datant de six ans, a pu retrouver une affectivité pratiquement normale au point de se marier, ce qu'il fit d'ailleurs sans nous avoir consulté.

Lors de son entrée en janvier 1965, BIL.... Yves avait déjà séjourné plusieurs fois en milieu psychiatrique : quatre fois en Clinique privée et deux à l'Hôpital Psychiatrique de Sotteville-les-Rouens.

Il présentait, lors de son admission à Sainte-Gemmes-sur-Loire, un sentiment de dépersonnalisation avec signe du miroir, pensée déréelle, vécu autistique, nombreuses impressions étranges et troubles de l'affectivité.

Traité, lors de ses séjours antérieurs en maison psychiatrique, par cure de SAKEL et NEUROLEPTIQUES divers, il fut mis d'emblée, lors de son entrée à Ste-Gemmes-sur-Loire, à une thérapeutique associée de FLUPHENAZINE-MELLERIL à dose moyenne.

Rapidement, on observait une abrasion des troubles notamment du sentiment de dépersonnalisation, une réduction progressive de l'autisme et une reprise de l'intérêt et de l'activité. Dès le mois d'avril sa sortie pouvait être prononcée.

Depuis, les mêmes neuroleptiques associés sont continués et il nous rend visite de temps à autre, à l'Hôpital Psychiatrique.

A sa sortie, il a renoué des liens d'affection avec sa fiancée et, peu de temps après, il s'est marié. Il est actuellement père de famille et, bénéficiant d'une pension militaire, il ne travaille pas, se contentant de s'occuper chez lui.

*
* * *

Cette dernière observation constitue le seul cas particulier de suicide observé chez un schizophrène amélioré.

Nous rappellerons à ce sujet, la communication de BOREL à la Société Médico-psychologique, qui expose deux mécanismes possibles de suicide chez les schizophrènes améliorés.

OBSERVATION N° 53 - HU..... Bernard, né en 1929. Il était étudiant en médecine lorsqu'il est tombé malade en 1959. Il est externe du C.H.U. de Rennes.

On nous signale qu'il éprouve alors une déception sentimentale, tendait à s'isoler progressivement, puis fut traité en clinique psychiatrique d'où il s'évada.

Après une amélioration relative, il reprit ses études

et fut accepté comme Interne dans un Hôpital secondaire pendant quelques mois. Son comportement anormal : isolement, mécontentement, devait le faire réhospitaliser à l'Hôpital Psychiatrique de Sotteville-les-Rouen.

De là, il s'évada de nouveau puis reprit ses études prépara des concours. Interne au Centre Hospitalier du Mans pendant un mois, il fut renvoyé par son chef de service en 1962.

Il s'isola chez lui, vivant dans sa chambre, volets clos, s'alimentant épisodiquement, négligeant sa toilette la plus élémentaire, couchant sur un matelas par terre, la tête protégée par un drap étendu sur deux chaises.

Il fut conduit dans notre service le 25 janvier 1965 dans cet état d'incurie physique et de négligence, il présentait alors l'aspect d'un idéaliste mystique et était en état de mutisme total et d'apragmatisme.

Il était traité d'emblée par l'association FLUPHENAZINE-MELLERIL à dose modérée de 100 à 150 mg. par jour de chaque.

Au cours des premiers mois l'état de mutisme céda, sous l'influence du traitement et de psychothérapie. L'état physique s'améliorant progressivement, le malade reprit goût à la lecture puis offrit un meilleur contact à son entourage, manifestant plus de détente. On notait, en août 1965, qu'il s'intéressait de nouveau à ses cours de médecine et qu'il participait à la vie du pavillon, invitant même d'autres malades au jeu. Les visites de sa famille étaient bien accueillies puis désirées, c'est alors qu'une première permission de 48 heures fut accordée, sous la responsabilité du frère.

Dix permissions, de même durée, furent accordées tous les 15 jours, puis trois permissions de 10 jours, jusqu'en mars 1966.

Très satisfait de ses sorties en famille, le malade se confiait plus volontiers et, sans signes prémonitoires, au cours d'une permission de 48 heures, le 12 mars 1966, nous apprenions qu'il avait quitté son domicile pour mettre fin à ses jours.

Dans une lettre laissée à sa famille, il disait clairement son intention suicidaire qu'il motivait par la prise de conscience de la chronicité de sa maladie et par l'impossibilité d'un retour à la vie normale.

CHAPITRE IV

RÉFLEXIONS SUR LES RÉSULTATS

Après avoir analysé nos observations et les avoir regroupées suivant des têtes de chapitre un peu administratives de maintien en milieu psychiatrique, de sortie et de réinsertion socio-professionnelles, nous allons chercher maintenant à tirer quelques conclusions en nous plaçant sur un plan plus spécialement psychiatrique.

PREMIÈRE CONSTATATION :

Un premier point s'impose et est à mettre à l'actif de la thérapeutique, c'est la disparition rapide, sous l'effet des neuroleptiques, de la grande séméiologie classique de la schizophrénie. On sait que depuis KRAEPELIN on distingue deux tableaux bien typés :

- l'Hébéphrénocatatonie,
- le délire paranoïde.

1°) Le premier de ces tableaux se caractérisait par une séméiologie motrice faite de stéréotypies d'attitude et de mouvement, de catalepsie ou tendance à la conservation des attitudes avec des troubles particuliers du tonus décrits comme "une flexibilité cireuse". S'y ajoutaient des troubles du comportement :

- soit négativisme encore appelé "folie d'opposition", se traduisant par la résistance du sujet à tous les ordres qu'on lui adressait.
- soit suggestibilité ou tendance générale à adopter toute sollicitation venue de l'extérieur. Il s'agissait d'une docilité extrême allant jusqu'à l'imitation automatique des paroles et gestes de l'interlocuteur : "écholalie, échomimie, échopraxie, échokinésie.

Si l'on peut voir encore dans nos services quelques uns de nos malades présenter un certain parasitisme mimique, on ne rencontre plus jamais les extraordinaires grimaces et les tics bizarres que les anciens cliniciens décrivaient sous le nom de "bouche en groin" de "bouche en museau".

Il est bien rare également d'entendre le fameux fou-rire de l'hébéphrénocatatonique, fou-rire irresistible, inextinguible et incoercible.

Nous n'avons jamais eu l'occasion non plus, chez nos malades neuroleptisés dès le début de leur évolution processuelle, de rencontrer les habituels troubles du langage : verbigération et néologisme.

2°) La démence paranoïde, pour reprendre le terme de KRAEPELIN, se caractérisait par un délire à thème divers : mystique, érotique, de persécution ou d'hypocondrie avec crises symptomatologiques, hallucinations et absence de toute systématisation pseudo-raisonnante.

Il est certain que nos traitements éteignent rapidement les phénomènes hallucinatoires, arrêtent la prolifération thématique du délire. Le malade, s'il ne l'oublie pas complètement, tout au moins s'en détache rapidement.

Enfin, l'on sait que le lien entre ces tableaux différents était le critère évolutif amenant le malade à un état de dissociation intellectuelle et affective profond, bien proche des états déficitaires. Cette évolution qui a fait parler autrefois de démence précoce et qui remplissait les quartiers de malades entravés sur des chaises d'aisance, n'est plus à l'heure actuelle qu'un souvenir de l'histoire psychiatrique.

Résumons ces premières conclusions en disant que les neuroleptiques décapitent la symptomatologie et entravent l'évolution vers les états pseudo-démentiels terminaux.

DEUXIÈME CONSTATATION :

Les guérisons apparentes sont rares, nous disons apparentes parce que l'on sait que l'effet des neuroleptiques est purement suspensif et qu'aucune règle n'a encore pu être établie quant à la durée du traitement.

Nous parlons de guérison clinique en nous basant sur les critères suivants :

- disparition de la symptomatologie morbide.
- reprise d'une activité pragmatique permettant une indépendance économique à un niveau satisfaisant, compte tenu des capacités intellectuelles antérieures du malade.
- renaissance enfin d'une vie affective adaptée.

Ces cas, les meilleurs de notre bilan sont rares comme nous l'a montré l'exposé de nos observations. En effet, réunis dans le groupe III des rémissions socio-professionnelles, nous n'en comptons que huit cas sur cinquante trois observations.

Nous tenons à mettre particulièrement en évidence l'observation n° 52 concernant un malade qui a retrouvé une affectivité et une vie quasi-normale au point de pouvoir se marier et de procréer.

Notons que ces résultats de réinsertion socio-professionnelle se retrouvent le plus souvent chez des sujets issus de milieux ruraux et replongés dans ces activités agricoles au sein

d'exploitations familiales.

- la variété des occupations qui leurs sont offertes,
- l'inexistence des problèmes de rendement professionnel,
- l'intégration dans un équipe de travail,
- la réinsertion dans un milieu connu et affectueux,

constituent évidemment autant de facteurs favorisant la reprise d'une existence active et expliquent que se trouvent là nos meilleurs résultats.

Il n'en demeure pas moins que le traitement neuroleptique doit être inlassablement continué et certains résultats moins brillants et même des échecs, malgré des conditions de vie extérieure tout aussi favorables, ne sont dûs qu'à un arrêt ou une diminution de la thérapeutique sur initiative personnelle du malade.

Dans d'autres cas ou la thérapeutique fut bien suivie, des résultats paradoxaux furent enregistrés. Au nombre de ceux-ci rappelons l'observation 54.

Il s'agit d'un étudiant en médecine, longtemps traité dans différents établissements, dont les études avaient été interrompues, puis reprises plusieurs fois et qui avait récemment montré une amélioration si considérable que de nombreuses permissions avaient pu lui être accordées.

C'est au cours d'une de ces permissions qu'il devait mettre fin à ses jours en s'empoisonnant. Dans une lettre à sa famille, il motivait son suicide par la chronicité de sa maladie et par l'impossibilité entrevue de son épanouissement professionnel et sexuel.

Cette observation nous semble intéressante car elle soulève la question du suicide chez les schizophrènes traités. BOREL, dans son article de janvier 1965 des Annales Médico-Psychologiques, s'est penché sur ce problème et distingue deux mécanismes à ce comportement :

- le premier est la transformation du tableau schizophrénique en syndrome mélancolique. Nous n'avons pas rencontré de cas de ce type.

- le deuxième, de beaucoup plus fréquent selon l'auteur, est une prise de conscience par le malade, au cours d'une rémission, de la gravité de son état avec idéation pessimiste en découlant. C'est cette motivation particulièrement cohérente chez un étudiant en médecine, averti des problèmes psychiatriques, qui a poussé notre malade à son geste raisonné.

*

* *

TROISIÈME CONSTATATION :

Comme la lecture de nos observations le montre, un certain nombre de nos malades des groupes I et II se retrouvent avec des

tableaux psychiques sensiblement équivalents et si les uns demeurent à l'Hôpital alors que d'autres sont sortis, ce n'est qu'en fonction des conditions d'accueil extérieur et, en quelque sorte, on peut dire qu'en général ce sont les conditions socio-familiales plus ou moins favorables qui servent de limite à ces deux catégories de malades.

Il existe donc un tableau particulier de la schizophrénie traitée, c'est ce tableau que nous allons essayer de décrire et dont nous allons tenter de dégager les traits pathologiques essentiels subsistant à la thérapeutique prolongée.

Comme nous l'avons déjà signalé, tout le côté floride des manifestations morbides a disparu : plus de troubles psycho-moteurs, absence de délire paranoïde ou tout au moins détachement total vis à vis de ses séquelles.

Par contre nous retrouvons souvent chez nos malades la persistance de deux symptômes essentiels :

- la passivité,
- la tendance à l'isolement ou autisme.

La passivité se manifeste par la résignation plus ou moins nette à la situation créée par la maladie, résignation à l'hospitalisation ou à une vie oisive, accompagnée d'un certain émoussement de l'affectivité.

Le comportement autistique confine le malade dans l'inaction ou dans des spéculations stériles. Nous sommes obligés de le pousser, de l'exhorter pour qu'il accepte une activité pragmatique concrète, activité dans laquelle d'ailleurs il manifeste peu d'intérêt et un manque d'initiative. Les relations inter-personnelles sont très pauvres et les liens d'amitié et de camaraderie pratiquement inexsistants.

Tel est le tableau des séquelles mentales souvent retrouvées actuellement dans les schizophrénies traitées par neuroleptiques. Ce tableau se rapproche de celui autrefois désigné sous le nom de "Schizophrénie simple" et nous rejoignons, SUTTER et SCOTTO lorsque dans leur article de la Revue du Praticien d'octobre 1965, ils considèrent la schizophrénie simple, actuellement si fréquemment rencontrée, comme un mode de "bicatrisation" d'une forme paranoïde ou hébéphréno-catatonique sous traitement médicamenteux prolongé.

Ces considérations nous semblent intéressantes car, comme le dit BLEULER, cette schizophrénie simple est celle qui met en évidence les symptômes essentiels de la maladie et dont les symptômes accessoires sont absents. On est donc en droit de se demander si les neuroleptiques, bien que décapitant la symptomatologie accessoire, ne restent pas inopérant sur le noyau central de l'affection qu'ils mettraient, au contraire, en évidence, que ce noyau soit constitué par l'athymormie comme le voulait GUIRAULT ou par la perte de contact avec la réalité comme le suggérait MINKOWSKI.

Notons d'ailleurs que même les traitements neuroleptiques d'entretien ne mettent pas toujours à l'abri de ces épisodes florides que l'on appelle "phases processuelles". En outre, si l'on admet avec KRAEPELIN l'évolution spontanément favorable de 10 % des tableaux schizophréniques confirmés, on ne peut que se montrer prudents et circonspects quant à l'appréciation des mérites réels de la thérapeutique en matière de schizophrénie.

Ce que nous pouvons affirmer c'est que les Neuroleptiques décapitent la poussée schizophrénique, ralentissent l'évolution de la psychose au point parfois de sembler la suspendre totalement, mais que les guérisons sont rares et toujours qu'apparentes, (pour s'en convaincre, il suffit de constater les nombreuses rechutes dues à l'arrêt de la thérapeutique) ; qu'enfin nous aboutissons habituellement à cet état particulier qui est celui de la "schizophrénie simple".

Cette opinion semble générale et comme le disait DENIKER, au cours de la séance du 25 avril 1966 de la Société Médico-psychologique :

"Il est malheureusement certain que les formes athymoriques représentent le contingent le plus important des schizophrénies insuffisamment améliorées".

De même FOUKS, lors de la même séance confirmait cette idée en disant :

"Malheureusement, tous les schizophrènes ne récupèrent pas intégralement, il subsiste parfois des déficits portant surtout sur l'adaptation, la spontanéité et le goût du travail".

Nous nous permettons, pour terminer ce paragraphe, d'évoquer certains points de similitude entre la schizophrénie simple, considérée comme soignée de beaucoup de nos schizophrénies traitées et le syndrome neuro-psychique des neuroleptiques tel qu'il fut défini par DELAY et DENIKER. Ces auteurs insistent sur l'inhibition psycho-motrice avec diminution de l'initiative, l'indifférence affective et la tendance cataleptisante. Nous nous garderons toutefois de vouloir tirer des conclusions de ce parallèle.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

1ère Conclusion :

Bien que notre travail ne se soit pas proposé de faire des comparaisons entre les mérites respectifs des différents neuroleptiques, et bien que nous ayons essayé de mettre en évidence les limites de l'action chimiothérapique, nous croyons toutefois devoir signaler l'efficacité toute particulière d'une association : FLUPHENAZINE-THIORIDAZINE.

1°) La FLUPHENAZINE ou MODITEN, Phénothiazine pipérazinée, donc classée à droite par LAMBERT et REVOL, nous a paru avoir une action antischizophrénique particulièrement nette :

- d'abord parce que sa posologie peut être amenée sans effets secondaires notables à des doses très élevées,

- ensuite parce qu'elle nous a paru, plus que tout autre neuroleptique, avoir une action anti-autistique et anti-athymormique.

2°) La THIORIDAZINE ou MELLERIL est un neuroleptique sédatif donc de gauche et son intérêt réside dans le fait que :

- tout d'abord, elle combat avec une efficacité particulière l'anxiété vive toujours retrouvée dans le vécu des schizophrènes.

- ensuite, elle semble diminuer le syndrome extra-pyramidal provoqué par le neuroleptique incisif, notamment lors de la decrudescence du traitement.

*

* *

2ème Conclusion :

Si l'on admet avec les psychanalystes, que la psychose est une défense par un mécanisme de projection contre une angoisse engendrée par des conflits inconscients, il est certain que les neuroleptiques en apaisant cette angoisse doivent permettre de supprimer, en partie, cette projection. Mais ce résultat demeure incomplet et il importe donc alors de solliciter le malade, de renouer des relations objectales, non empreintes de fantasmes dans le cadre de la relation médecin-malade et de la vie du service. C'est ce que se proposent de réaliser les thérapies insti-

tutionnelles et les tentatives de psychothérapie.

Hélas ! Il faut bien le rappeler, les services surchargés, le manque de disponibilité forcé des médecins, l'insuffisance des ergothérapies, l'impossibilité d'organiser une socialisation entre malades et infirmiers limite notre propos, dans ce chapitre, à formuler des souhaits. C'est pourtant à ce prix, et à ce prix seulement que l'on peut dépasser les limites mises en évidence de la chimiothérapie dans le traitement de la schizophrénie.

*

* *

3ème Conclusion :

Par contre au stade de la post-cure, le malade peut bénéficier d'une organisation bien conçue. Grâce à leur judicieuse répartition dans le Département, les dispensaires d'Hygiène Mentale peuvent jouer leur rôle avec efficacité, sous la surveillance des médecins psychiatres de notre Etablissement, aidés par des Assistantes sociales spécialisées.

Les post-cures se proposent et obtiennent deux résultats directs :

- d'une part, elles permettent de surveiller et de remanier le traitement neuroleptique, que, dans l'état actuel de la psychiatrie, on doit envisager comme permanent.

- d'autre part, dans le cadre de la relation médecin-malade, elles doivent permettre de cultiver le transfert positif dont la nécessité est impérative pour l'acceptation et la continuation du traitement.

Ces post-cures ont également l'avantage de maintenir les liens avec les familles de nos malades dont nous avons vu le rôle prépondérant dans les réussites de sorties.

Elles permettent de dresser, à tout moment, le bilan d'influence des facteurs relationnels pour chaque malade, d'établir en quelque sorte l'équation personnelle de chacun.

Pour maintenir le malade dans cet équilibre difficile où interviennent tant de données extérieures avec le potentiel affectif familial, les conditions d'environnement amical et social et même les facteurs économiques régionaux, les médecins psychiatres trouvent, auprès des Assistantes sociales, des dispensaires d'Hygiène Mentale, la coopération indispensable la plus fructueuse.

Chimiothérapie, psychothérapie, sous leurs diverses formes, action de post-cure de l'équipement médico-sociale, telles sont, en définitive, les armes essentielles dont doit disposer le psychiatre pour lutter efficacement dans la schizophrénie.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ACHAINTRE A.- La cristallisation schizophrénique - Thèse LYON 1947
- 2 - ABELY, DELAVILLE M.- Nouvelles recherches cliniques et biologiques sur le
Syndrome discordant -
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française
48ème Session - LILLE Juin - Juillet 1960 - Masson Edit. pp.91-318
- 3 - ARISTE - LE BAS (Mme) - HENRY J. - DOUILLARD A. - VALEN J.P.- FLUPHENAZINE
à dose élevée - Action sur un groupe de malades atteints de
Psychoses chroniques. 62ème Congrès de Psych. et Neurol.
MARSEILLE 1964
- 4 - AZINA M. - LEMIEUX M. - AZINA F.- Isolement sensoriel - étude psychopatho-
logique et psychanalytique de la régression et du schéma cor-
porel.
"L'évolution Psychiatrique" Tome XXVII, fasc. II. Avril, Juin 1962
- 5 - AZOURI E.- Deux ans de traitement des schizophrénies anciennes par
Sulfamidophenothiazine (MAJEPTIL).
Annales Médic. Psych. 1961 - 2, 4.
- 6 - BALVET P.- Comportement de passivité au cours de la chimiothérapie des
psychoses.
Journées de thérapeutique psychiatrique, mai 1959, numéro spé-
cial - Journal de Médecine de LYON.
- 7 - BALVET P. - BEAUJARD M. - PERRIN J. - BERTHIER C. - BROUSSE P. -
ACHAINTRE A. - LAMBERT P. - REQUET A. - REVOL L.- La transformation de
l'Hôpital Psychiatrique par les neuroleptiques et ses nouvelles
tâches - "Neuro Psychopathology 1958"
- 8 - BANGE C.- Les rechutes chez les malades mentaux - Thèse LYON 1958
- 9 - BARRES P. - EY H. - LABOUCARIE J.- L'évolution des schizophrénies
"L'évolution Psychiatrique" Fasc. II, Avril - Juin 1953
- 10 - BARUK H.- Précis de Psychiatrie - Masson 1950
- 11 - BERGOUGNAN M. - DEMANGEAT M. - SEILHEAN A.- "Peut-on assigner des indica-
tions cliniques particulières aux diverses phénothiazines".
Ann. Méd. Psych. 1960 - 118/1; 923
- 12 - BERNES J.- Contribution à l'étude de la schizophrénie et du terrain
schizophrénique chez les schizophrènes - Thèse LYON 1961
- 13 - BINSWANGER - Schizophrénie - Nest Ed. - Pfullingen 1957

- 14 - BOARDMAN R.H. - LORNAS J. - MARKOWE.M.- Insulin and chlorpromazine in schizophrénia - A comparative study in previously utreated cases - "Lancet" 1956 pp. 487 - 491
- 15 - BOISSIER J.R. - PAGNY J.- Etude pharmacodynamique d'un nouveau neuroleptique majeur 1 l'HALOPERIDOL - Thérapie 15, 479, 1960
- 16 - BONNET H. - GUYOTAT J.- Traitement des psychoses par les médicaments modernes. Importance de certaines associations. Entretiens franco-allemands Thérap. Psychiat. BERLIN 1960
"Médecina experimentales" Suppl. ad. vol. 7
- 17 - BOND - EARL - Résults of pychiatric traitments with a control serie a 25 years study - Am. journal Of. psychiatry 1954
- 18 - BOREL J.- Evolutions nouvelles des psychoses traitées par les Neuroleptiques - Ann. Médic. Psych. JANVIER 1965
- 19 -- BORENSTEIN P. - DABBAH M. - BLES G.- Contribution à l'étude des syndromes extra-pyramidaux secondaires aux neuroleptiques.
Ann. Méd. Psych. 1962 - 1,3
- 20 - BOUTILLIER H.- Sur l'utilisation de la FLUPHENAZINE (MODITEN) à fortes doses dans un service de psychiatrie.
62ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLES 1964
- 21 - BRISSET Ch.- Evolution des idées sur la schizophrénie
Revue du Praticien - Tome XV - n° 25 - 1er Octobre 1965
- 22 - BRISSET Ch. - RIDART M.- Chimiothérapie et psychiatrie - E.M.C. Psychiatrie
- 23 -- CALJE J.F.- Notes à propos des exposés sur le MAJEPTIL
Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia Vol. 65 n° 1
Janvier, Février 1962
- 24 - CORABELLI P.- La Thiopropérazine en Thérapeutique psychiatrique
Thèse MARSEILLE 1961
- 25 - CHANOIT - VALLEE A.- L'emploi de la Thioridazine en psychiatrie. Reflexions critiques d'une expérience clinique.
Ann. Méd. Psych. 1962 - 120
- 26 - CHARRIOT G. - LAMBERT P.A. - DELAUNAY J. - MARCON J.- La Fluphénazine. A propos de deux essais cliniques en milieu psychiatrique.
62ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964.
- 27 - CHATAGNON P.A. - CHATAGNON C.- Appréciation par l'échelle de comportement de Fergus Falls de l'action de la Thioridazine chez 55 schizophrènes. Ann. Méd. Psych. 1964
- 28 - COLLOQUE INTERNATIONAL DE PARIS SUR LA CHLORPROMAZINE ET LES NEUROLEPTIQUES EN THERAPEUTIQUE.- Encéphale 1956 - Tome XLV n° 4

- 29 - CONSEIL F.- Rapport sur la Fluphénazine
52ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964
- 30 - DECHAUME J.- Maladies Mentales et milieu scolaire et Universitaire
"Le journal de Médecine de Lyon" 5 Novembre 1952
- 31 - DECHAUME J. - GUYOTAT J. - JOUVET H. - SCHOTT B.- La Chimiothérapie neuropsychiatrique - La revue Lyonnaise de Médecine - Tome XI Numéro spécial - volume des conférences 1962
- 32 - DELAY J.- Les dérèglements de l'humeur
Bibliothèque de Philosophie Contemporaine - P.U.F. 1946
- 33 - DELAY J.- Aspect de la Psychiatrie moderne - P.U.F. 1956
- 34 - DELAY J.- Introduction à la Médecine Psychosomatique - Masson 1961
- 35 - DELAY J. - DENIKER P. - MAIL J.M.- Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4.560 R.P.)
Ann. Méd. Psych. 1952 - 110.2
- 36 - DELAY J. - DENIKER P. - COLL - Le syndrome excito-moteur provoqué par les médicaments neuroleptiques. Presse Méd. 1957 - 65
- 37 - DELAY J. - DENIKER P.- Méthodes chimiothérapiques en Psychiatrie. Les nouveaux médicaments Psychotropes - 1961 - Masson et Cie
- 38 - DELAY J. - DENIKER P. - LEYRIE J. - CONTE G.- Intérêt de l'utilisation de la Fluphénazine dans le traitement des états schizophréniques.
Sympos. de Psych. SQUIBB. - 18 Octobre 1963
- 39 - DELAY J. - DENIKER P. - GWEN A.- Le milieu familial du schizophrène. Résultats et hypothèses.
L'Encéphale n° 1 - Janvier, Février 1962
- 40 - DELAY J. - PICHOT P.- De la psychopathologie de la vision au Test de Rorschach - "L'encéphale" 1957, Tome XLVI, n° 5, 6
- 41 - DELAY J. - PICHOT P. - MELLE LEMPERIERE - ELISSALDE B.- Essais cliniques d'un nouveau Neuroleptique - La Thioridazine -
Ann. Méd. Psych. 1959 - 117-1
- 42 - DELAY J. - DENIKER P. - BERGES J.- Mimique et neuroleptiques (analyse des modifications motrices et toniques de la face produites par la thioproperazine). Presse Médicale 1960 - 68, 54
- 43 - DELAY J. - PICHOT P. - LEMPERIERE T. - ELISSALDE B.- L'action de l'Halopéridol dans les Psychoses - Acta Neurol. Psych. Belg. 60, 21, 1960
- 44 - DELAY J. - PICHOT P. - PERSE J.- Le test de Rorschach et le diagnostic de la schizophrénie - IIème congrès international de Psychiatrie Zurich 1957 "Rorschachiana" VI - 66, 83 - 1958

- 45 - DELAY J. - DENIKER P. - ROBERT R.- Syndromes neurologiques provoqués par les Neuroleptiques. Revue Neurologique 1959 - Tome 100, n° 6
- 46 - DEMAY-LAULAU (Mme) - FOURNIAL P. - DEMAY J. - ABRAHAM A. - RONDIERE J.J. - SCHOCRON G. et BRU J.- Effets particuliers du 7.843 R.P. (MAJEPTIL) chez des hébéphrènes : existence d'une activité hallucinatoire et délirante non extériorisée jusque là.
Ann. Méd. Psych. 1960 - 2, 1
- 47 - DENIKER P. - QUINTART J.C.- "Les signes pseudo-névrotiques dans les formes limites de la schizophrénie". "L'encéphale" n° 3 1961
- 48 - DENBER H.C.B. - RAJOTTE P.- Etude clinique d'une nouvelle phénothiazine : MAJEPTIL ou 7.843 R.P. - Union Médicale du Canada 1959 - 88, 7
- 49 - DESHAIES G. - BENDA Ph. - Melle TARDY C. - CARROT P.- De la technique d'administration du 7.843 R.P.
Société Médico-Psychol. 25 Novembre 1959
- 50 - DESHAIES G. - BENDA Ph.- De l'administration intermittente des neuroleptiques notamment de la thiopropérazine (MAJEPTIL)
Presse Médicale 1961 - 69, 51
- 51 - DESPINOY M.- Circonstances et signes du début de la schizophrénie
Thèse LYON 1948
- 52 - DICK H.P.- Acquisitions thérapeutiques en psychiatrie en 1961
Médecine et Hygiène - Genève 1962, n° 532
- 53 - DIERKS M.- a comparaison of two phénothiazines in the treatment of schizophrénies - Amer. Journal of Psychiatr. 1963 - 119
- 54 - DIVRY P. - BOBON J. - COLLARD J. - PINCHARD A. - NOLS E.- Etude et expérimentation du R.1.625 ou HALOPERIDOL
Acta Neurol. Psychiatr. Belg. 59 - 1959
- 55 - DONADIEU Y.- Thérapeutique Psychotrope - Maloine 1954
- 56 - DUCHESNE H. - BAILLY-SALIN P.- Services Psychiatriques extra-hospitaliers
E.M.C. Psychiatrie, Tome III
- 57 - ELLENBERGER H.- Article sur la Psychothérapie de la schizophrénie
E.M.C. Psychiatrie, Tome I
- 58 - EY H.- Article sur la schizophrénie - E.M.C. Psychiatrie, Tome I
- 59 - EY H. - BARTEX H.- L'isolement sensoriel
La Presse Médicale n° 34 -Tome 71 - 13 et 20 juillet 1963
- 60 - EY H. - BERNARD P. - BRISSET Ch.- Manuel de Psychiatrie - Masson 1960
- 61 - FOLLIN S.- Sur la Psychopathologie du processus schizophrénique.
L'évolution Psychiatrique 1958, Fasc. II
Avril - juin (pp. 213 à 217)

- 62 - FOUKS L. - PERIVIER M. - MORIN M. - PROGER M. - LERNE M.- Utilisation clinique de la Fluphénazine
62ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964
- 63 - FOUKS - PERIVIER - MORIN - GABLAÏN - LERNO - Originalité et spécificité de la Fluphénazine
62ème Congrès de Psych. et Neurol. Septembre 1965
- 64 - FREEMANN.- CAMERON J. - HEGHEC A.- Schizophrénie chronique (analysée par Racamier P.C.)
Evolution Psychiatrique 1960 - Tome XXV - Fasc. II, Avril, Juin.
- 65 - GARRONE G.- Etude statistique et génétique de la schizophrénie de 1901 à 1950. Journal de Génétique Humaine 1962
- 66 - GAYRAL L.- Nouvelles chimiothérapie en Psychiatrie
Rapport au 55ème Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et pays de Langue française - LYON 1957 - Masson Edit.
- 67 - GAYRAL L.- Précis de Psychiatrie - Baillière et Fils 1962
- 68 - GAYRAL L. - HERVE Y. - ROUX G.- Modifications psychologiques sous l'influence de la thioproperazine (MAJEPTIL).
Ann. Méd. Psych. 1961 - 2,2, p. 364
- 69 - GAYRAL L. - PUYCLO R. - ROUX G.- Emploi de la Fluphénazine à dose journalière importante dans le traitement d'états psychotiques.
62ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964
- 70 - GRANIMOND W.A.- Thioproperazine. The Lancet 1962 - 1, 7,229
- 71 - GREEN A.- Chimiothérapie et psychothérapie (problèmes posés par les comparaisons des techniques chimiothérapiques et psychothérapiques et leur association en thérapeutique psychiatrique).
L'Encéphale n° 1 - 1961 - pp. 29 - 101
- 72 - GRESSOT M.- L'Idée de composante psychotique dans les cas limites accessibles à la psychothérapie. - L'Encéphale n° 4 - 1960
- 73 - GURTHUR J.- Contribution à l'expérimentation de la FLUPHENAZINE
Symposium de psychiatrie Squibb, 18 Octobre 1963
- 74 - GUYOTAT J.- Les schizophrénies. Les Monographies médicales et scientifiques.
- 75 - GUYOTAT J. - MARIN A.- Incidence de la chimiothérapie sur la durée d'hospitalisation des malades mentaux.
Revue Lyonnaise de Médecine (15 février 1961)
- 76 - GUYOTAT J. - PELLET J.- Thérapeutique des Schizophrènes
Revue du Prat., Tome XV, n° 25, Octobre 1965
- 77 - HAMONEAU G. - RUYNAT G. - PLASSAT G.- Effets et résultats des traitements prolongés par la Thioridazine (MELLERIL) chez les malades mentaux. Toulouse Médical 1964, n° 65-6

- 78 - HAMONTE M.Th. - PFITZENMEYER J. - WURST D. - PRINTZ O.- Etude clinique de schizophrènes chroniques traités par la FLUPHENAZINE - Recherche d'une approche psychothérapique.
63ème Congrès de Psych. LAUSANNE 1965
- 79 - HENNE H. - RONNEL H. - HENNE S.- Résultats personnels de l'usage de la THIORIDAZINE - Essais de fortes doses.
Ann. Méd. Psych. 1961 - 119
- 80 - HOCH - POLLATIN - Les Formes pseudo-névrotiques de la schizophrénie
Psychiatric Quarteleys, 23, 1949
- 81 - HUMBEECK L.- Etude Clinique du R. 1.625 (HALOPERIDOL)
Acta Neurol. Psych. Belg. 60,75,1960
- 82 - IGERT Cl. - LAIRY G.C.- Intérêt pronostique de l'E.E.G. au cours de l'évolution des schizophrénies.
"Electro-Encéph. clin. Neurophysiol. 1962 - 14 p. 183 - 190
- 83 - JACOB E. - MARIE C. - THEVENOT J.P. - DAUXOIS F.- Contribution à l'étude du 7.843 R.P. (MAJEPTIL) dans la schizophrénie.
Ann. Méd. Psych. 1962 - 1, 1
- 84 - JACOB E. - COLL - Intérêt de la substitution de la Thioridazine aux neuroleptiques majeurs dits incisifs dans une troupe de 122 malades.
J. Méd. Nord et Est 2, 38 - Septembre 1965
- 85 - JACOBS R.- Expérimentation clinique du R. 1.625 (HALOPERIDOL)
Psychiatr. on Verpliquing, n° 211 - 1959
- 86 - JAEGGI F.- Aspects sociologiques de l'hospitalisation et de l'évolution des psychoses chroniques.
L'Encéphale 1963 - Tome II - Mars, Avril, n° 2
- 87 - JOURNEES THERAPEUTIQUES DE PARIS 1958.- "Neuroleptiques et Tranquillisants"
G. Douin édit. 1958
- 88 - KUROMARU S. - COLL - Thérapeutic effects of thiopropérazine (7843 R.P.) in psychiatry - Mainly its effects for schizophrénia
Seisikin Igaku 1961, 16 (2)
- 89 - LABOUCARIE J. - LACASSIN P. - BARRES P.- La cure de Sakel est-elle encore justifiée ? Ann. Méd. Psych. 1960, 118
- 90 - LABOUCARIE J. - RONDEPIERRE J.- Les Thérapeutiques convulsivantes dans les Schizophrénies. E.M.C. Psychiatrie, Tome I
- 91 - LABOUCARIE J.- Les "schizophrénies aiguës"
L'Evolution Psychiatrique n° III 1958, Juillet-septembre
- 92 - LAGET-RONDET Y.- Contribution à l'étude de la Thiopropérazine dans les psychoses de type schizophrénique, d'évolution ancienne.
Thèse CLERMONT-FERRAND 1961

- 93 - LAINE M. - PERIVIER E. - HOUSSAIT A. - LERNO J. - GUITTONNEAU J.M.- A propos de l'utilisation thérapeutique psychiatrique du dichlorhydrate de Fluphénazine (MODITEN).
62ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964
- 94 - LAMBERT P.A.- Place et indications de la Thiopropérazine en thérapeutique psychiatrique.
Psych. Neurol. Neurochirurgica, 1962 - Vol. 65, n° 1
- 95 - LAMBERT P.A.-, CHARRIOT G. - DELAUNAY J. - MARCOU G.- La Fluphénazine, sa place parmi les neuroleptiques incisifs.
62ème congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964
- 96 - LAMBERT P. - REVOL L.- Classification psycho-pharmacologique et clinique des différents neuroleptiques. Indications thérapeutiques générales dans les psychoses.
Presse Médicale, 68, n° 41 - 1960
- 97 - LAMBERT A. - WERSMEE A. - CHARRIOT G. - MIDENET M.- La Thérapoutique par la Thioridazine (sous forme buvable) dans un service hospitalier psychiatrique.
J. Méd. LYON, n° 43, 1962
- 98 - LEMPERIERE T. - DUREAU F. - LABERGE P.- Etiologie et Pathogénie de la schizophrénie - Revue du Prat. Tome XV, n° 25 - Oct. 1965
- 99 - LEREBoullet J. - BENOIT Ph. - LEDOUX M.- Médications nouvelles en psychiatrie. Revue du Prat. 1962 - 12, 19
- 100 - LUKE E. - WYLLIE J.M.- Thiopropérazine - The Lancet 1961 - 2, 7.204
- 101 - MANS J. - SENES M. - AJZENBERG D.- Au sujet d'une année d'application de Thioridazine en milieu psychiatrique.
Ann. Méd. Psych. 1963 - 121
- 102 - MASTERSON J.F.- Le Pronostic des troubles de l'adolescence. La Schizophrénie - Journal of nervous and mental diseacs - sept. 1956
- 103 - Mmes MATHEY - GRIZAUD - MM. GRIZAUD - LELIEVRE - Intérêt de l'emploi de la FLUPHENAZINE dans le traitement des schizophrénies anciennes et des troubles caractériels des épiloptiques.
- 104 - MAUREL H. - PERRIN J.- Notes sur l'utilisation du 7.843 R.P. en thérapeutique psychiatrique.
Réunion Psychiatr. de STRASBOURG-NANCY, 5 décembre 1959
- 105 - MAUREL H. - PERRIN J. - SPIELMANN J.P. - SIFFERMANNA.- Pratique psychiatrique hospitalière de la thiopropérazine. Comparaisons avec la Chlorpromazine. Ann. Méd. Psych. 1960 - 1, 5
- 106 - MERCIER - COLL - Les Médicaments du système nerveux central. Masson 1959
- 107 - MIDENETM.- Contribution à l'étude du devenir des malades montaux.
Thèse LYON 1963

- 108 - MINKOWSKI E.- La Schizophrénie - Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes.
Bibliothèque neuro-psychiatrique de langue française
Desclée de Brouwer PARIS
- 109 - MINVIELLE J. - CASTEAU Ph. - SPORTOUCH Y. - ARNAUD A. - FRAYSSINET J.-
Utilisation de la Thioridazine en clinique psychiatrique à
propos de 100 cas. Ann. Méd. Psych. 121/1 - Février 1963
- 110 - MORSELLI G.E.- Expérience moscalinique et vécu schizophrénique.
"L'évolution Psychiatrique" 1959, Fas. II, avril - juin
- 111 - MONROY M. - MORIN M.- Contribution à l'étude de la FLUPHENAZINE
62ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964
- 112 - MULLER C.- De la vieillesse des schizophrènes (analyse par René Eblingier)
L'Evolution Psychiatrique 1959 - Fasc. III, Juillet-septembre
- 113 - NARROS MARTIN G. - CARRANZA SANCHEZ L.J.- Notre expérience sur le trai-
tement des malades mentaux chroniques avec un nouveau Neuro-
leptique, l'HALOPERIDOL. Médicamenta 18, 271, 1960
- 114 - NEHLIL J.- Impressions cliniques sur le MODITEN
Symposium de Psychiatrie Squibb 18 Oct. 1963
- 115 - NEUMAN M.- Les Neuroleptiques - Concours Méd. Avril 1962
- 116 - NEUMAN M.- Les Médicaments du Système Nerveux Central
Monographies Méd. et Scient. 1965
- 117 - Mme NICAISE-GOURDET - CORNIL J. - DONADIEU Y.- Un Neuroleptique majeur
Expérience clinique de la Fluphénazine (MODITEN)
Symposium de Psychiatrie Squibb. 18 oct. 1963
- 118 - NISHIKIORI T. - COLL - Clinical studies of 7.843 R.P. on defective
schizophrenia. Clinical Psychiatry 1961 - 3, 6
- 119 - OLES M.- Traitement des psychoses avec l'HALOPERIDOL
Medizin - onatschrift 7 - 1960
- 120 - ORZEZICKI E.- Etude clinique comparative de nouveaux psycholeptiques
Ann. Méd. Psych. 1960 - 2, 5
- 121 - PAQUAY J. - ARNOULD F. - BURTON P.- Expérimentation clinique de
L'HALOPERIDOL - Acta Neurol. Psychiatr. Belg. 60, 108, 1960
- 122 - PERRET A. - BASTIE Y. - Melle ORMIERE - Essai du 7.843 (MAJEPTIL)
Toulouse Médical 1961, 2
- 123 - PERROUTI P. - SAILHAU M. - LANGLOIS M.- Psychoses délirantes et
FLUPHENAZINE - Remarque sur le processus thérapeutique.
62ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964
- 124 - POMME P. - PLANCHE R. - GIRARD J. - COLL.- Essai clinique du MAJEPTIL
on psychiatrie et neurologie. Ann. Méd. Psych. 1961 - 2, 5 p. 989

- 125 - POROT M.- Les troubles mentaux au cours de la tuberculose pulmonaire chronique.
Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue française.
48ème Session - BESANÇON - NEUFCHÂTEL 1950
- 126 - POROT M.- Mode d'entrée dans la schizophrénie.
Revue du Prat. Tome XV, n° 25 - Octobre 1965
- 127 - Psychopharmacology frontiers publié sous la direction de NATHAN S. KLINE
Little Brocon 1957
- 128 - PSYCHOTROPIC DRUGS.- 1er Congrès International sur les médicaments Psychotropes.
MILAN 1957 - ELSEVIER PUBLISHING COMPANY
- 129 - RACAMIER P.C.- Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés.
L'Evolution psychiatrique 1957 - Fasc. 1 Janvier - Mars
- 130 - REBEILLARD M. - VIDAL B. - VIDAL G. - VALERY B.- La Thiopropérazine en pratique psychiatrique - Gazette Médicale 1961, 68, 19
- 131 - REGO A.- Algunas consideraciones sobre la asociacion terapéutica de la tioridazina (MELERIL) con los preparados reserpínicos y antidepresivos en el enfermo mental
Inform. Psiquiat.5, 37 - 51 - 1960
- 132 - REVOL L.- Pharmacologie des drogues psychotropes
Actual. Pharma. Nov. 1961
- 133 - REZAY M. - MARCHAND L. - GUIRAUD P. - BARUK H. - DAUMEZON G. - BELEY A. - GALLOT HM. - FELD F. - DELTHEIL P. - ABELY P.- "La Schizophrénie"
Ann. Méd. Psych. 1958, 1
- 134 - RIZER M. - GAYRAL L. - STERN H. - TURNIN J.- La Thioridazine, médicament neuroleptique dérivé de la Phénothiazine.
Presse Médicale 1960 n° 68
- 135 - RUMKE H.C.- La différence clinique à l'intérieur du groupe.
- 136 - SANDISON R.A. - WHITEHEAD E. - CURRIE J.D.C.- Clinical trials with MELLERIL in the treatment of schizophrenia a two year study
J. MENTAL sc. - Avril 1960
- 137 - SIMON (Mme M.) - La Mère du Schizophrène - Thèse LYON 1956
- 138 - SCHNETZLER J.P. - LAMAND J.C. - Melle CASSASSUCE - Association systématique de la FLUPHENAZINE et de la Thioridazine à propos de 87 observations.
Symposium de Psych. Squibb. 18 Octobre 1963
- 139 - SCHNETZLER J.P. - Mmes PIERI J. - LEROY O.- Association systématique de trois neuroleptiques à propos de 55 cas.
62ème Congrès de Psych. et Neurol. MARSEILLE 1964

- 140 - SCHOTT B.- Les Nouvelles médications Neuroleptiques
Assises de Médicine 1960 - n° 3
- 141 - SOBEL E.- Les enfants des schizophrènes ; remarques Préliminaires sur
leur premier stade de développement.
An. J. Psychiatry - Déc. 1961 - 118 n° 6
- 142 - SPITZREUE A.- La première année de la vie de l'enfant
L'Actualité Psychanalytique P.U.F.
- 143 - STEIN C.- Les Débuts de la schizophrénie
L'Evolution psychiatrique - Année 1954, Fas. IV
(Oct. Décemb.)
- 144 - SUTTER J.M. - SCOTTO J.C.- Formes cliniques de la schizophrénie
"Revue du Prat. Tome XV, n° 25, Octobre 1965"
- 145 - THOMAS J.- La thiopropérazine, Neuroleptique majeur
Thèse PARIS 1961
- 146 - VERMOREL (Mme) - La cure de Sakel classique ou associée à la Chlorpro-
mazine dans la schizophrénie.
Thèse LYON 1958
- 147 - VERMOREL M.- Les Neuroleptiques en Psychiatrie - A propos de 700 obser-
vations - Entretiens franco-allemands de Thérapeutique psy-
chiatrique.
LYON (Hôpital du Vinatier) 1959
- 148 - WYRSCH - La personne du schizophrène - P.U.F. 1955
-

